

# **Psychologische Aspekte von Eltern nach dem Verlust ihres frühgeborenen Kindes**

## **Eine qualitative Untersuchung**

---

Abhandlung zur Erlangung der Doktorwürde  
der Philosophischen Fakultät der Universität Zürich

vorgelegt von  
**Annette Glaser**  
von  
Zürich und Binningen BL

angenommen im Herbstsemester 2008  
auf Antrag von  
Prof. Dr. A. Maercker und  
PD Dr. J.C. Fauchère

Zentralstelle der Studentenschaft  
Zürich, 2009



## Dank

Mein Dank geht an alle, die in irgendeiner Form zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben. Als erstes möchte ich den Eltern danken, welche sich für ein Interview zur Verfügung gestellt haben. Ihre Bereitschaft, offen und persönlich über ein so belastendes Lebensereignis wie den Verlust ihres eigenen Kindes zu berichten, bildet die Grundlage dieser Untersuchung. Die Gespräche haben mich neben meinem wissenschaftlichen Interesse auch persönlich sehr berührt und bereichert.

Die Anfrage der Psychiatrischen Poliklinik und im speziellen von PD Dr. S. Büchi zur Mitarbeit in diesem Forschungsprojekt bildet den äusseren Rahmen für diese Arbeit. Mit der Erlaubnis, die Daten über den Forschungsauftrag hinaus weiterzuverwenden, hat die Klinik ausserdem den Abschluss der vorliegenden Arbeit ermöglicht. Des weiteren bin ich der Klinik für Neonatologie sehr zu Dank verpflichtet. Sie hat mir mit einem Arbeitsplatz innerhalb der Klinik ruhiges und speditives Arbeiten ermöglicht. Ebenso habe ich durch Prof. Dr. Bucher und PD Dr. J.-C. Fauchère sowohl durch ihr fachliches Wissen als auch durch ihr Interesse an meiner Arbeit viel Unterstützung erfahren. Herrn Fauchère möchte ich ausserdem für seine Bereitschaft, als Zweitreferent zur Verfügung zu stehen, danken. Ein ganz besonderer Dank geht an Herrn Dr. H. Mörgeli, der mir als stiller Begleiter im Hintergrund mit seinen fachlich fundierten und wohlwollend kritischen Rückmeldungen zur Seite stand und wesentlich zum Gelingen der Arbeit beigetragen hat. Frau lic. phil. S. Züllig und Frau H. Siegwart haben mit ihrer Bereitschaft, die Interviews ein zweites Mal zu raten, einen wichtigen Beitrag zur Arbeit geleistet. Herrn Prof. Dr. Maercker danke ich für die Betreuung der Arbeit als Erstreferent.

Schliesslich möchte ich Frau Dr. G. Eberle für ihr unermüdliches und motivierendes Interesse an meiner Dissertation Danke sagen. Ebenso danke ich meinen Freunden und meiner Familie für ihre Anteilnahme am Vorankommen meiner Arbeit. Meinem Partner Andreas danke ich für sein Verständnis und für die kulinarische Versorgung, insbesondere während der Schlussphase der Arbeit.

## Inhaltsverzeichnis

### Dank

<b>1. Einleitung .....</b>	<b>8</b>
<b>2. Theoretischer und empirischer Hintergrund .....</b>	<b>11</b>
2.1 Einleitende Bemerkungen – Überblick .....	11
2.2 Perinataler Verlust eines Kindes - Stand der Forschung .....	12
2.2.1 Einleitende Bemerkungen .....	12
2.2.2 Auswirkungen eines perinatalen Verlustes eines Kindes auf die psychische Befindlichkeit der Eltern .....	13
2.2.3 Auswirkungen eines perinatalen Verlustes eines Kindes auf die nächste Schwangerschaft .....	22
2.2.4 Auswirkungen eines perinatalen Verlustes eines Kindes auf die Mutter-Kind-Beziehung des nächst- geborenen Kindes .....	25
2.2.5 Auswirkungen eines perinatalen Verlustes eines Kindes auf die Paarbeziehung .....	28
2.2.6 Therapeutische Unterstützung nach dem perinatalen Verlust eines Kindes .....	30
2.2.7 Zusammenfassung .....	35
2.3 Neonatologie – Theoretische Grundlagen .....	37
2.3.1 Einleitende Bemerkungen .....	37
2.3.2 Frühgeburtlichkeit aus medizinischer Sicht .....	37
2.3.3 Klinik für Neonatologie des Universitätsspitals Zürich .....	47
2.4 Persönliche Reifung – Posttraumatic Growth .....	54
2.4.1 Einleitende Bemerkungen .....	54
2.4.2 Historischer Hintergrund .....	54
2.4.3 Messinstrumente .....	56
2.4.4 „Shattered-Assumptions“- Modell von Janoff-Bulman .....	57
2.4.5 Persönliche Reifung - Realität oder Illusion? .....	60
2.4.6 Einflussvariablen auf Persönliche Reifung .....	63
2.4.7 Persönliche Reifung nach dem Verlust eines Kindes .....	65

2.5 Qualitative Forschung .....	70
2.5.1 Einleitende Bemerkungen .....	70
2.5.2 Quantitatives versus qualitatives Forschungsparadigma in der Psychologie .....	70
2.5.3 Geschichte der qualitativen Forschung .....	73
2.5.4 Theorie des qualitativen Denkens .....	74
2.5.5 Qualitative Forschungsmethoden .....	78
2.5.6 Gütekriterien .....	91
<b>3. Grösseres Forschungsprojekt als Rahmen der Dissertation .....</b>	<b>94</b>
<b>4. Fragestellungen .....</b>	<b>98</b>
4.1 Einleitende Bemerkungen .....	98
4.2 Themenbereich 1: Erleben der Eltern, Verarbeitung des Verlustes .....	98
4.3 Themenbereich 2: Belastungen und Unterstützung: was brauchen Eltern? .....	99
4.4 Themenbereich 3 : Persönliche Reifung .....	99
4.5 Themenbereich 4: Paarbeziehung .....	99
<b>5. Methodik .....</b>	<b>100</b>
5.1 Design .....	100
5.2 Stichprobe .....	100
5.3 Messinstrumente .....	102
5.3.1 Interviewleitfaden .....	102
5.3.2 PRISM .....	104
5.3.3 Soziodemographische Angaben .....	105
5.4 Datenerhebung .....	105
5.5 Datenaufbereitung .....	106
5.6 Datenauswertung .....	106
5.6.1 Einleitende Bemerkungen .....	106
5.6.2 Themenbereich 1: Erleben der Eltern .....	109
5.6.3 Themenbereich 2: Belastungen und Unterstützung .....	111
5.6.4 Themenbereich 3: Persönliche Reifung .....	112
5.6.5 Themenbereich 4: Paarbeziehung .....	112

<b>6. Resultate .....</b>	<b>114</b>
6.1 Soziographische Angaben .....	114
6.2 Themenbereich 1: Erleben der Eltern .....	116
6.2.1 Erleben der Eltern .....	116
6.2.2 Veränderungen im Erleben über die Zeit .....	132
6.2.3 Zusammenfassung der Resultate .....	134
6.2.4 Erleben der Eltern - Beispiele aus den Interviews .....	138
6.3 Themenbereich 2: Belastungen und Unterstützung: .....	156
6.3.1 Belastungen und Unterstützung .....	156
6.3.2 Veränderung von Belastungen und Unterstützung .....	169
6.3.3 Zusammenfassung der Resultate .....	171
6.3.4 Belastungen und Unterstützung - Beispiele aus d. Interviews .....	174
6.4 Themenbereich 3: Persönliche Reifung .....	191
6.4.1 Inhalte und deren Gewichtung .....	191
6.4.2 Geschlechtsunterschiede .....	195
6.4.3 Zusammenfassung der Resultate .....	196
6.4.4 Persönliche Reifung - Beispiele aus den Interviews .....	197
6.5 Themenbereich 4: Paarbeziehung .....	202
6.5.1 Inhalte und deren Gewichtung .....	202
6.5.2 Zusammenfassung der Resultate .....	202
6.5.3 Paarbeziehung - Beispiele aus den Interviews .....	205
<b>7. Diskussion .....</b>	<b>211</b>
7.1 Diskussion des methodischen Vorgehens .....	211
7.1.1 Paradigma und Theorie der qualitativen Forschung .....	211
7.1.2 Methodisches Vorgehen .....	214
7.1.3 Gütekriterien .....	216
7.1.4 Grenzen der Untersuchung .....	218
7.2 Diskussion des Inhalte .....	219
7.2.1 Erleben der Eltern und Verarbeitung des Verlustes .....	221
7.2.2 Belastungen und Unterstützung: Was brauchen Eltern .....	225
7.2.3 Persönliche Reifung .....	229
7.2.4 Paarbeziehung .....	233
7.2.5 Hinweise für professionelle Helfer .....	236
7.3 Ausblick .....	241
<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>244</b>

<b>Anhang .....</b>	<b>252</b>
<b>1. Methodik .....</b>	<b>253</b>
1.1 Interviewleitfaden .....	253
1.2 Repräsentativität der Stichprobe .....	255
<b>2. Resultate .....</b>	<b>258</b>
2.1 Themenbereich 1: Erleben der Eltern .....	258
2.2 Themenbereich 2: Belastungen und Unterstützung .....	275
2.3 Themenbereich 3: Persönliche Reifung .....	288
2.4 Themenbereich 4: Paarbeziehung .....	290

## 1. Einleitung

Der Verlust des eigenen Kindes ist vermutlich eines der schmerzlichsten Schicksale, das einem Mensch widerfahren kann. Ungewollt und oft ganz plötzlich müssen Eltern sich von ihrem Kind, zu dem sie eine intensive Beziehung aufgebaut haben, wieder verabschieden. Die abnehmende Geburtenrate der vergangenen Jahrzehnte hat bewirkt, dass eine Schwangerschaft und die Geburt eines Kindes für Eltern im Vergleich zu früher eine höhere Bedeutung bekommen hat. So ist auch der Verlust eines Kindes für Eltern heute vermutlich schwerwiegender als in früheren Zeiten (Boyle, Vance, Najman & Thearle, 1996, S. 1273). Die Situation von Eltern, die ein ungeborenes oder neugeborenes Kind verlieren, unterscheidet sich in wesentlichen Punkten von der Situation von Eltern nach dem Verlust eines älteren Kindes. Bei einem *heranwachsenden* Kindes ist zwischen Eltern und Kind in der Regel schon eine enge Bindung entstanden. Ein *ungeborenes* Kind hingegen ist ein noch unbekanntes Wesen, das erst in der Vorstellung existiert, mit dem Eltern in der Regel jedoch viele Erwartungen und Hoffnungen in die Zukunft verbinden (Dyregrov & Dyregrov, 1999, S. 657). Stirbt ein ungeborenes Kind unerwartet, werden diese abrupt und auf schmerzliche Weise zerstört (Boyle et al, 1996, S. 1274). Von einem noch ungeborenen oder frühgeborenen Kind gibt es ausserdem kaum konkrete Erinnerungsgegenstände, was den Trauerprozess meist erschwert. Gemäss Beutel (2002, S. 1) hat die Sensibilität für Eltern in dieser Situation in den letzten Jahren deutlich zugenommen, was sich in differenzierten Konzepten für den Umgang mit den betroffenen Eltern in den neonatologischen Kliniken sowie in einer zunehmenden Anzahl von wissenschaftlichen Publikationen zu diesem Thema widerspiegelt. Dennoch berichten viele Eltern, dass ihr Umfeld mit der Situation überfordert sei und der Verlust totgeschwiegen werde, wodurch sie sich allein gelassen fühlten.

Der Verlust eines Kindes vor oder kurz nach der Geburt hat in der ersten Zeit meist schwerwiegende Auswirkungen auf die psychische Befindlichkeit von Eltern. In den ersten Monaten nach dem tragischen Ereignis leiden viele Eltern unter intensiver Trauer, Depressivität und vermehrter Ängstlichkeit und bisweilen auch Symptomen einer posttraumatischen Belas-



tungsstörung. Mütter sind in der Regel stärker und länger anhaltend betroffen als Väter. Bei den meisten Eltern nehmen die Symptome mit zunehmendem zeitlichem Abstand ab und sie können den Verlust nach einem intensiven Trauerprozess verarbeiten. Ein gewisser Anteil der betroffenen Eltern - vergleichbar mit demjenigen von Menschen nach einer anderen Verlustsituation - leidet jedoch auch Jahre nachher noch unter chronischen psychischen Beschwerden (Boyle et al., 1996; Janssen, Cuisinier, Hoogduin & de Graauw, 1996; Vance, Boyle, Najman & Thearle, 1995). Durch verschiedene Forschungsarbeiten konnten bestimmte Schutz- und Risikofaktoren eruiert werden, welche die Verarbeitung eines perinatalen Verlustes eines Kindes begünstigen, bzw. erschweren. So sind beispielsweise Eltern, welche schon eine andere Fehl- oder Totgeburten erlebt haben oder mit Fertilitätsproblemen konfrontiert sind, eher gefährdet für eine erschwerte Verarbeitung. Eine gute Paarbeziehung, soziale Unterstützung und lebende Kinder wirken hinsichtlich der Verarbeitung hingegen als Schutzfaktoren. (Beutel, 2002, S. 150; Scheidt, Waller, Wangler, Hasenburg & Kersting, 2007, S. 6). Der Verlust eines Kindes kurz vor oder nach der Geburt hat in der Regel auch deutliche Auswirkungen auf die psychische Befindlichkeit insbesondere der Mütter während der nachfolgenden Schwangerschaft im Sinne von vermehrter Ängstlichkeit und depressiven Symptomen (Coté-Arsenault, Bidlack & Humm, 2001, S. 623; Hughes, Turtton & Evans, 1999, S. 172).

Anders als vielleicht erwartet, scheint der perinatale Verlust eines Kindes jedoch die Paarbeziehung nicht massgeblich zu gefährden. In bislang durchgeführten Untersuchungen wurde bei betroffenen Eltern nur eine geringfügig höhere Trennungsrate festgestellt. Zwar gehen Väter und Mütter in einer ersten Phase sehr unterschiedlich mit dem Verlust ihres Kindes um, was zu Spannungen und Konflikten in der Paarbeziehung führen kann (Beutel, 2002, S. 139). Nach einer Phase von tieferen Werten bezüglich der Zufriedenheit in der Partnerschaft gleichen sich diese jedoch den Werten von Eltern mit einem lebenden Kind wieder an (Mekosh-Rosenbaum & Lasker, 2006, S. 127).

Wie aus der Traumaforschung bekannt, berichten Menschen nach einem belastenden Lebensereignis meist nicht nur über stärkeres Belastetsein, sondern stellen auch positive Veränderungen für ihr Leben wie verbesserte

soziale Beziehungen, neue Prioritäten im Leben oder vermehrte Wertschätzung des Lebens fest. Dieses Phänomen, bekannt als Persönliche Reifung wird auf einen Prozess von emotionaler und kognitiver Neubewertung des traumatischen Erlebnisses zurückgeführt und ermöglicht Betroffenen die Wiederherstellung des durch das traumatische Erlebnis erschütterte innere stabile Weltbild (Janoff-Bulman, 1992). Auch Eltern, die ein Kind verloren haben, berichten über positive Aspekte des tragischen Ereignisses. Viele von ihnen finden einen Sinn in diesem Schicksal und fühlen sich durch das Erlebnis in positiver Weise verändert und gereift (Polatinsky & Esprey, 2000, S. 715).

Die folgende Untersuchung widmet sich der speziellen Situation von Eltern, welche ihr extrem frühgeborenes Kind in der 24. - 26. Schwangerschaftswoche verloren haben. 19 betroffene Eltern wurden retrospektiv anhand eines qualitativen semi-strukturierten problemzentrierten Interviews 3.5 - 6.5 Jahre nach dem Verlust ihres Kindes über verschiedene Aspekte ihres Erlebens befragt. Sie berichten über ihr Erleben rund um die Geburt und den Tod des Kindes, während der ersten Monate nach dem Verlust und zum Zeitpunkt des Interviews mehrere Jahre nach dem Tod des Kindes. Ziel der Studie ist es, das Erleben der betroffenen Eltern in dieser belastenden Situation und der Zeit danach sowie den Verarbeitungsprozess des Verlustes besser zu verstehen. Ebenso soll in Erfahrung gebracht werden, was Eltern während des Spitalaufenthaltes und in den nachfolgenden Monaten belastet und was sie unterstützt. Ein dritter Fokus der Untersuchung liegt auf der Frage nach positiven Aspekten und Persönlicher Reifung der betroffenen Eltern. Die vierte Fragestellung bezieht sich auf das Erleben der Eltern in der Paarbeziehung und die Auswirkungen des Verlustes des frühgeborenen Kindes auf diese.

Übergeordnetes Ziel der Arbeit ist einerseits eine Sensibilisierung für erwähnten psychologischen Aspekte von Eltern, die ein frühgeborenes Kind verloren haben und andererseits die Unterstützung von professionellen Helfern durch die gewonnenen Erkenntnisse in ihrer Arbeit mit betroffenen Eltern.

## 2. Theoretischer und empirischer Hintergrund

### 2.1 Einleitende Bemerkungen - Überblick

Im *ersten Kapitel* des Theorieteils wird der aktuelle Forschungsstand bezüglich der Auswirkungen eines perinatalen Verlustes auf die Eltern dargelegt. Dabei werden folgende Aspekte beleuchtet: Auswirkungen auf die psychische Befindlichkeit der Eltern sowie auf eine nächste Schwangerschaft, Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Beziehung bei einer nachfolgenden Geburt, Auswirkungen auf die Paarbeziehung sowie Möglichkeiten von therapeutischer Unterstützung. Das *zweite Kapitel* des theoretischen Hintergrundes vermittelt medizinisches Basiswissen rund um das Thema Frühgeburtlichkeit; ebenso wird eine Beschreibung des Behandlungssettings auf den Kliniken für Neonatologie und für Geburtshilfe des Universitätsspitals Zürich gegeben. Die Aussagen der Eltern in den Interviews und die Resultate der Analysen sind auf dem Hintergrund dieses Wissens besser nachvollziehbar. Im *dritten Kapitel* des Theorieteils wird der aktuelle theoretische und empirische Forschungsstand bezüglich verschiedener Aspekte von Persönlicher Reifung oder „posttraumatic growth“ beleuchtet. Dabei werden u.a. das Modell „Shattered Assumptions“ von Janoff-Bulman vorgestellt sowie der aktuelle Forschungsstand bezüglich Persönlicher Reifung nach dem Verlust eines Kindes erläutert. Da die vorliegende Dissertation methodisch mit einem in der psychologischen Forschung nicht sehr gebräuchlichen qualitativen Ansatz arbeitet, widmet sich das *vierte und letzte Kapitel* des Theorieteils der Einführung in die Grundlagen von qualitativer Forschung. Auf diesem Hintergrund sind die Ausführungen im Kapitel 5 zum methodischen Vorgehen der vorliegenden Forschungsarbeit für den Leser besser nachvollziehbar.

## 2.2 Perinataler Verlust eines Kindes - Stand der Forschung

### 2.2.1 Einleitende Bemerkungen

Der Verlust des eigenen Kindes ist vermutlich eines der schmerzlichsten Schicksale, das einem Mensch widerfahren kann. Ungewollt und oft ganz plötzlich müssen Eltern sich von ihrem Kind, zu dem sie eine intensive Beziehung aufgebaut haben, wieder verabschieden. Die abnehmende Geburtenrate der vergangenen Jahrzehnte hat bewirkt, dass eine Schwangerschaft und die Geburt eines Kindes für Eltern im Vergleich zu früher eine höhere Bedeutung bekommen hat. So ist auch der Verlust eines Kindes für Eltern in der heutigen Zeit vermutlich schwerwiegender als in früheren Zeiten (Boyle et al., 1996, S.1274). Die Situation von Eltern, die ein ungeborenes oder neugeborenes Kind verlieren, unterscheidet sich in wesentlichen Punkten von der Situation von Eltern nach dem Verlust eines älteren Kindes. Zu einem *heranwachsenden* Kindes haben Eltern eine enge Beziehung aufbauen können. Ein *ungeborenes* Kind hingegen ist noch ein unbekanntes Wesen, das erst in der Vorstellung existiert, mit dem Eltern in der Regel aber viele Erwartungen und Hoffnungen in die Zukunft verbinden (Dyregrov & Dyregrov, 1999, S. 657). Stirbt es unerwartet, werden diese abrupt und auf schmerzliche Weise zerstört (Boyle et al, 1996, S. 1274). Durch das unerwartete Ende einer Schwangerschaft fühlen Eltern sich in ihrer Elternrolle meist stark verunsichert; Frauen machen sich zudem Gedanken über ihre physische Fähigkeit, Mutter zu werden und sind in ihrem Vertrauen in den eigenen Körper erschüttert. Von einem noch ungeborenen oder frühgeborenen Kind gibt es ausserdem kaum konkrete Erinnerungsgegenstände, was den Trauerprozess erschweren kann. Gemäss Beutel (2002) hat die Sensibilität für Eltern in dieser Situation in den letzten Jahren deutlich zugenommen, was sich in differenzierten Konzepten für den Umgang mit den betroffenen Eltern in den neonatologischen Kliniken sowie in einer zunehmenden Anzahl von wissenschaftlichen Publikationen zu diesem Thema widerspiegelt. Dennoch berichten viele Eltern, dass ihr Umfeld mit

der Situation überfordert sei und der Verlust totgeschwiegen werde, wodurch sie sich alleingelassen fühlten (Beutel, 2002, S. 1).

In der Literatur wird meist vom *perinatalen* Verlust eines Kindes gesprochen. Dieser umfasst den Verlust des Kindes durch Totgeburt (intrauteriner Tod des Kindes nach der 20. SSW), Frühgeburt oder eine andere Ursache kurz nach der Geburt, z.B. Sudden Infant Death Syndrom SIDS. Unter dem Begriff „perinataler Tod“, bzw. „perinataler Verlust“ werden im Folgenden oben genannte Ursachen subsumiert.

Im folgenden Theorieteil wird der aktuelle Forschungsstand in Bezug auf verschiedene Aspekte eines perinatalen Verlustes eines Kindes vorgestellt. Das *erste Kapitel* widmet sich den Auswirkungen des Verlustes eines Kindes auf die psychische Befindlichkeit der Eltern und deren Veränderungen über die Zeit. Im *zweiten Kapitel* werden Forschungsergebnisse in Bezug auf die Auswirkungen eines perinatalen Verlustes eines Kindes auf die psychische Befindlichkeit der Mutter während einer nachfolgenden Schwangerschaft beleuchtet. Das *dritte Kapitel* geht der Frage nach, welche Auswirkungen der perinatale Verlust eines Kindes auf die Beziehung zwischen der Mutter und dem nächstgeborenen Kind haben kann; das *vierte Kapitel* befasst sich mit den Auswirkungen des Verlustes auf die Beziehung der betroffenen Eltern. Das *fünfte und letzte Kapitel* schlussendlich widmet sich der Frage, inwiefern betroffene Eltern in dieser Situation von therapeutischer Unterstützung profitieren können.

### **2.2.2 Auswirkungen eines perinatalen Verlustes eines Kindes auf die psychische Befindlichkeit der Eltern**

Die Frage nach den Auswirkungen eines perinatalen Verlustes auf die psychische Befindlichkeit der betroffenen Eltern beschäftigt die sozialwissenschaftliche Forschung etwa seit Anfang der 80-er Jahre. Untersucht wurden in der Regel Depressivität, Ängstlichkeit, Trauer sowie Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung.

Im Zusammenhang mit der Frage nach der psychischen Befindlichkeit von Eltern nach dem Verlust ihres Kindes ist es wichtig, die Begriffe Trauer, pathologische, bzw. prolongierte Trauer sowie Depression zu klären und voneinander abzugrenzen.

## Exkurs

### *Trauer:*

Beim Verlust einer wichtigen Bezugsperson ist Trauer eine normale und universelle Reaktion. Es kommt dabei stets zu einem Konflikt zwischen Aufgeben und Festhalten der verlorenen Person (Beutel, 2002, S. 18). Der Trauerprozess wird in drei Phasen unterteilt, welche jedoch nicht kontinuierlich ablaufen, sondern sich gegenseitig überschneiden. Die erste Phase des *Schockes* dauert in der Regel Stunden bis Tage. Der Betroffene fühlt sich fassungslos und wie betäubt und der Verlust scheint unwirklich. Oftmals wird er im Sinne eines Schutzes verleugnet. Dieser Zustand der Lähmung kann durch heftige emotionale Reaktionen wie panische Angst oder Wut unterbrochen sein, häufig treten vegetative Symptome auf (z.B. verringertes Schlaf- und Essbedürfnis). Fängt der Betroffene an, die Endgültigkeit des Verlustes anzuerkennen, beginnt eine Phase *von intensiver Beschäftigung* mit der verlorenen Person in Gedanken, Träumen und Tagträumen. Dieses Erinnern dient dazu, den Verlust auch emotional anzuerkennen und sich allmählich vom Verstorbenen zu lösen. Die Welt scheint leer, das Interesse an alltäglichen Dingen ist verringert. Diese Phase ist begleitet von intensiver Traurigkeit und Weinen sowie u.U. Selbstvorwürfen über vermeintliche Versäumnisse. Die beschriebenen Symptome verringern sich im normalen Verlauf einer Trauerreaktion in den ersten 6-12 Monaten. Nun beginnt die Phase der *Auflösung*, in der die Betroffenen beginnen, wieder Interesse an ihrer Umwelt zu gewinnen und neue Bindungen einzugehen. Es ist möglich, sich ohne intensiven Schmerz an die verlorene Person zu erinnern. Traurigkeit kann anlässlich von Gedenktagen jedoch wieder auftreten. Gewisse Verlusterfahrungen (z.B. des eigenen Kindes oder des Partners im hohen Lebensalter) werden allerdings nie ganz überwunden und die Traurigkeit bleibt lebenslang (Beutel, 2002, S. 19). Kast (1982, S. 5) beschreibt in ihrem Phasenmodell des Trauerprozesses einen ähnlichen Ablauf und benennt folgende vier Phasen:

- Phase des Nicht-Wahrhaben-Wollens
- Phase der aufbrechenden Emotionen
- Phase des Suchens und Sich-Trennens
- Phase des neuen Selbst- und Weltbezugs

### *Pathologische Trauer:*

Bislang gibt es keine einheitliche Definition für pathologische Trauer. Gemäss Beutel (2002) gehören zu einer pathologischen Trauerreaktion das Verharren in einer der Trauerphasen sowie ein Zustand von ausbleibender oder geringer affektiver Reaktion. Ebenso gehört das Verleugnen des Verlustes oder eine übertriebene Aktivität zu den Symptomen einer pathologischen Trauer. Oft ist eine komplexe Mischung aus verschiedenen, sich widersprechenden Gefühlen wie Liebe, Sehnsucht, Wut, Schuld- und Rachegefühlen sowie Wiedergutmachungswünschen festzustellen. Die Beziehung zur verlorenen Person wird durch alltägliche Rituale fortgesetzt, die Zwiesprache mit der verlorenen Person rückt in den Mittelpunkt des Lebens. Noch Jahre später kann ein schon geringfügiger Verlust beim Vorhandensein von pathologischer Trauer eine schwere depressive Symptomatik, Angstsymptome oder eine körperliche Krankheit auslösen. Ebenso besteht in gewissen Fällen von pathologischer Trauer die Nähe zum Krankheitsbild einer Posttraumatischen Belastungsstörung mit Intrusionen und Vermeidungsverhalten. Ein weiteres Kriterium für eine pathologische Trauer ist eine überlange Dauer der Trauer von mehr als 14 Monaten nach dem Verlust (Beutel, 2002, S. 20).

### *Depression und Angsterkrankungen*

Das Auftreten von Depressionen und Angsterkrankungen nach dem Verlust einer nahe stehenden Person ist gut gelegt. Laut Beutel (2002, S. 24) entwickeln 24% - 42% von Verwitweten in den ersten Monaten nach dem Verlust des Lebenspartners eine schwere Depression. Im Laufe eines Jahres nimmt dieser Anteil bei einer Prävalenz von 4% in der Normalbevölkerung auf 16% -17% ab. Von den Betroffenen werden die für eine Depression typischen Symptome wie Schlafstörungen, Erschöpfung, Rastlosigkeit, Konzentrationsstörungen, Schuldgefühle sowie eigene Todeswünsche berichtet. Ebenso leiden 25% - 44% der Hinterbliebenen unter Angstsymptomen. Die Ängste richten sich dabei auf die Zukunft, z.B. den Anforderungen des Lebens nicht mehr gewachsen zu sein oder weitere Verluste zu erleiden.

### ***Abgrenzung von Trauer und Depression:***

Laut Beutel (2002, S. 28) besteht eine klare Abgrenzung zwischen Trauer und Depression. Wie aus untenstehender Übersicht klar wird, stehen bei Trauer Gefühle in Bezug auf den verlorenen Menschen im Vordergrund, die Welt scheint ohne ihn leer, und der Hinterbliebene beschäftigt sich intensiv mit der verlorenen Person. Gleichzeitig sind jedoch auch Zuversicht und Zukunftsperspektiven vorhanden. Bei einer depressiven Reaktion hingegen ist der Hinterbliebene mehr mit sich selbst beschäftigt, er fühlt sich nach dem Verlust selbst wertlos und leer, ist der Situation gegenüber hilflos und untröstlich und bemitleidet sich selbst.

Tabelle 1: Abgrenzung von Trauer und depressiver Reaktion nach dem Verlust einer nahe stehenden Person (n. Beutel, 2002, S. 28)

Trauer	Depression
- universelle und spezifische mimische Muster	- komplexe Mischung aus Angst, Bitterkeit, Ärger und Ekel
- Hinterbliebener weckt Mitgefühl	- Hinterbliebener weckt Distanziertheit, Ungeduld, Gereiztheit
- gute kostbare Erinnerungen an die verlorene Person	- enttäuschende Erinnerung oder Überschätzung der verlorenen Person
- intensive Beschäftigung mit verllorener Person	- Selbstbezogenheit, Beschäftigung mit eigenem Leiden oder Selbstmitleid
- Welt erscheint leer	- Selbst wertlos, leer erlebt
- Zuversichtlichkeit, Zukunftsperspektive, Fähigkeit, Trost zu suchen	- Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Hinterbliebener ist untröstlich
- Trauer wird subjektiv als normaler Zustand erlebt	- Hinterbliebener fühlt sich anders als sonst, krank

### ***Exkursende***

Dass der Verlust eines ungeborenen oder neugeborenen Kindes eine Auswirkung auf das psychische Befinden der betroffenen Eltern hat, liegt auf der Hand. Zahlreiche Untersuchungen haben sich deshalb damit befasst, welche Symptome in welcher Stärke und wie lange auftreten. Wie eingangs erwähnt wurden dabei insbesondere Trauer, Depressivität, Ängstlichkeit, Somatisierung sowie Symptome von Traumatisierung untersucht. Ebenso interessierte man sich für die unterschiedlichen Reaktionsweisen von Vätern und Müttern. Des weiteren wurde nach Risiko- und Schutzfaktoren für das Entwickeln von klinisch relevanten Symptomen einer psychischen



Störungen gesucht (Beutel, 2002; Boyle et al.; 1996, Büchi, Mörgeli, Schnyder, Jenewein, Hepp, Jina, Neuhaus, Fauchère, Bucher & Sensky, 2007; Dyergröf & Dyergröf, 1999; Hunfeld, Wladimiroff & Passchier, 1997b; Janssen et al., 1996; Scheidt et al., 2007; Toedter, Lasker & Janssen, 2001; Vance et al., 1995). Im Folgenden sollen einige wichtige Untersuchungen exemplarisch vorgestellt werden:

In einer fundiert durchgeführten prospektiven Longitudinalstudie verglichen Boyle et al. (1996) 194 Mütter, die ein Kind durch Totgeburt, Frühgeburt oder SIDS verloren hatten. Die Mütter wurden 2, 8, 15 und 30 Monate nach dem Verlust in Bezug auf Depressivität und Ängstlichkeit befragt und mit einer Gruppe von 203 Müttern mit einem lebenden Kind verglichen. Es zeigte sich, dass der Anteil von Müttern mit Symptomen von Depressivität und Ängstlichkeit in der Gruppe der Mütter nach einem perinatalen Verlust um den Faktor 2-5 höher war als bei den Müttern der Kontrollgruppe. Sowohl Ängstlichkeit als auch Depressivität nahmen über die vier Zeitpunkte bei der Gruppe der Mütter nach dem Verlust des Kindes deutlich ab: während 2 Monate nach dem Verlust bei 19% der Mütter ängstlich und 33% depressiv waren, reduzierte sich der Anteil von depressiven Müttern zum Zeitpunkt von 30 Monaten nach dem Verlust auf 7% und der Anteil von ängstlichen Müttern auf 14%. Die grösste Abnahme von Symptomen zeigte sich in den ersten paar Monaten nach dem Verlust. Weiter stellte sich heraus, dass bei Müttern, die 8 Monate nach dem Tod des Kindes depressiv und ängstlich waren, diese Symptome mit grosser Wahrscheinlichkeit bestehen blieben. Insgesamt folgern Boyle et al. (1996, S. 1280) aus den Resultaten, dass der perinatale Verlust eines Kindes bei vielen Müttern in der ersten Zeit eine akute psychische Belastung mit sich bringt, die auftretenden Symptome jedoch nach wenigen Monaten wieder abnehmen und nach 30 Monaten bei den meisten Müttern nicht mehr feststellbar sind. Ein Grossteil der Mütter bewältigen die Situation gar ohne manifeste Symptome von Depressivität oder Ängstlichkeit. 14% der betroffenen Mütter weisen auch 30 Monate nach dem Verlust eine erhöhte Ängstlichkeit auf, 7% sind depressiv. Dies entspricht einem 2-3fach erhöhten Risiko gegenüber der Kontrollgruppe. Diese Gruppe von Müttern wird von den Forscherinnen als Risikogruppe mit Unterstützungsbedarf erachtet.

Zu einem ähnlichen Schluss kommen auch Janssen et al. (1996). Sie verglichen 227 Frauen, die ihr Kind während der Schwangerschaft verloren hatten, mit 230 Müttern mit einem lebenden Kind und stellten fest, dass die Mütter der Experimentalgruppe 6 Monate nach dem Verlust ihres Kindes deutlich mehr Symptome von Depressivität, Ängstlichkeit und Somatisierung zeigten als diejenigen der Kontrollgruppe. 12 Monate nach dem Ereignis waren diese Unterschiede verschwunden.

Dyregrov & Dyregrov (1999) untersuchten in einer quantitativ-qualitativen Längsschnittstudie 25 Eltern, die ihr Kind an SIDS verloren hatten, in Bezug auf Ängstlichkeit, Depressivität, somatische Symptome, psychische Gesundheit sowie Zeichen von Traumatisierung 1.5 sowie 12-15 Jahren nach dem Verlust. Sie stellten fest, dass sowohl Mütter als auch Väter 1.5 Jahre nach dem Verlust ihres Kindes in Bezug auf die oben beschriebenen Variablen erhöhte Werte zeigten, wobei die Mütter im Vergleich zu den Vätern deutlich stärker belastet waren: 42% -75% der Mütter und 17% - 33% der Väter zeigten klinisch relevante Werte von Depressivität, psychischer Belastung und Traumatisierung. 12-15 Jahre nach dem Verlust hatten die Werte von psychischer Belastung insbesondere bei den Müttern abgenommen und sich denjenigen der Väter angeglichen. Diese hatten sich nur geringfügig ändert. Zum Zeitpunkt der zweiten Erhebung zeigten 17-18% der Mütter und 9-40% der Väter klinisch manifeste Symptome von Depression, Traumatisierung und allgemeiner psychischer Belastung.

Zu etwas anderen Resultaten kam Beutel (2002). Er untersuchte 51 Mütter, die ein Kind durch Totgeburt oder kurz nach Geburt verloren hatten, in Bezug auf Trauer, Depressivität, Ängstlichkeit und Körperbeschwerden. Bei 20 Müttern lag der Verlust weniger als 12 Monate zurück, 31 Müttern hatten das Kind vor mehr als 12 Monaten verloren. Im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung blieben die Depressivitätswerte der betroffenen Frauen über die Zeit relativ konstant und im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung klar erhöht. Ein Jahr nach dem Verlust waren noch immer 25% der Mütter depressiv. Anders als die Depressionswerte änderten sich jedoch die Trauerwerte über die Zeit: Mütter, bei denen der Verlust mehr als 12 Monate zurücklag, zeigten signifikant weniger Trauer als Mütter, die ihr Kind vor weniger als 12 Monaten verloren hatten. In Bezug auf Angst

und Körperbeschwerden unterschieden sich die beiden Gruppen nur geringfügig (Beutel, 2002, S. 87 und 222).

Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen Hunfeld et al. (1997b). Sie untersuchten 46 Frauen, bei deren Kind während der Schwangerschaft eine letale fötalen Anomalie diagnostiziert worden war, zu den Zeitpunkten 2-6 Wochen nach Diagnoseeröffnung, 3 Monate und 4 Jahre nach dem Verlust des Kindes. Anhand eines klinischen Interviews zum Zeitpunkt 1 und 2 wurde die psychische Stabilität der betroffenen Mütter erhoben. Mittels Fragebogen wurden sie zu den Zeitpunkten 1, 2 und 3 in Bezug auf Trauer und Symptome von Traumatisierung untersucht. Die psychische Stabilität zum Zeitpunkt 3 wurde ebenfalls mittels Fragebogen ermittelt. Zu Beginn der Schwangerschaft war ausserdem die Persönlichkeit der Mütter erhoben worden. 46% der Mütter zeigten kurz nach der Eröffnung der Diagnose deutliche Anzeichen von psychischer Instabilität, 3 Monate später waren es noch 22%. Trauer und Symptome von Traumatisierung waren 3 Monate nach der Geburt praktisch gleich hoch wie kurz nach der Diagnoseeröffnung, hatten 4 Jahre später jedoch signifikant abgenommen. Der Anteil von psychisch stark belasteten Müttern war - diesmal allerdings anhand eines Fragebogens gemessen - 4 Jahre nach dem Verlust mit 38% nach wie vor sehr hoch (Hunfeld et al., 1997, S. 57). Es zeigte sich ausserdem ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Persönlichkeit der Mütter (neurotische Disposition) zu Beginn der Schwangerschaft und starker Trauerreaktion sowie Symptomen einer Traumatisierung.

In Bezug auf Geschlechtsunterschiede zwischen Müttern und Vätern sei neben den schon erwähnten Befunden von Dyregrov & Dyregrov (1999) folgende Studie erwähnt:

Vance et al. (1995) untersuchte in einer prospektiven Longitudinalstudie die psychische Befindlichkeit von 194 Müttern und 143 Vätern, die ein Kind durch Totgeburt, Frühgeburt oder SIDS verloren hatten und verglich sie mit einer Gruppe von 203 Müttern und 157 Vätern, mit einem lebenden Kind (s.a. Untersuchung von Boyle et al., 1996). In Übereinstimmung mit den oben erwähnten Befunden zeigte sich, dass die Mütter 2, 8, 15 und 30 Monate nach dem Verlust des Kindes signifikant höhere Depressions- und Ängstlichkeitswerte zeigten als die Mütter der Kontrollgruppe. Die Väter unterschieden sich in Bezug auf Depression und Ängstlichkeit von der

Kontrollgruppe nur zum Zeitpunkt 2 Monate nach dem Verlust. Zu allen vier Zeitpunkten waren bei den Müttern signifikant mehr Anzeichen von Depression und Ängstlichkeit feststellbar als bei den Vätern. Hingegen konsumierten zu den Zeitpunkten 2 und 30 Monate deutlich mehr Väter der Experimentalgruppe Alkohol. Zieht man nun erhöhten Alkoholkonsum als Zeichen von erhöhter psychischer Belastung in Betracht, sind die Geschlechtsunterschiede nur noch 2 und 8 Monate nach dem Verlust feststellbar (Vance, 1995, S. 806). Büchi et al. (2007, S. 110) stellten fest, dass Mütter 2-6 Jahre nach dem Verlust ihres frühgeborenen Kindes zwar ängstlicher sind als Väter, sich die beiden Gruppen jedoch in Bezug auf Depressionswerte nicht voneinander unterscheiden.

Als letzter Punkt seien hier noch Risiko- und Schutzfaktoren für das Auftreten, bzw. Ausbleiben von Symptomen psychischer Belastungen nach dem perinatalen Verlust erwähnt. Diese wurden in verschiedenen Studien zu eruiert, Beutel (2002) und Scheidt et al. (2007) nennen in einer zusammenfassenden Darstellung folgende Variablen:

Tabelle 2: Risiko- und Schutzfaktoren beim perinatalen Verlust eines Kindes (nach Beutel, 2002, S. 150, Scheidt et al., 2007, S. 6)

<b><i>Risikofaktoren</i></b>	<b><i>Schutzfaktoren</i></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- alleinstehende, adoleszente Mutter</li> <li>- geringe Schulbildung, Sozialstatus</li> <li>- Ambivalenz bezügl. Schwangerschaft</li> <li>- hohe Belastung während Schwangerschaft oder in vorangegangenen Jahr</li> <li>- frühere Fehl- und Totgeburten</li> <li>- keine eigenen Kinder</li> <li>- Fertilitätsprobleme</li> <li>- ungelöste Verluste, unsichere Bindung</li> <li>- psychische Vorbelastung</li> <li>- belastende Begleitumstände des Verlustes (z.B. Kind nicht gesehen)</li> <li>- mangelndes Verständnis des Partners</li> <li>- Unzufriedenheit mit berufl. Situation</li> <li>- ungenügende soziale Unterstützung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vorhandensein eigener Kinder</li> <li>- prämorbide psychische und physische Gesundheit</li> <li>- gute partnerschaftliche Beziehung</li> <li>- Unterstützung durch soziales Umfeld</li> </ul>

Zusammenfassend zeigt der aktuelle Forschungsstand folgendes Bild: Eltern zeigen nach dem Verlust ihres Kindes in der ersten Zeit nach dem Ereignis Anzeichen von starker psychischer Belastung wie intensive Trauer, Depressivität, Ängstlichkeit, somatische Beschwerden und Symptome von Traumatisierung. Mit zunehmendem zeitlichem Abstand zum Verlust des Kindes nehmen diese Symptome wieder ab und das psychische Gleichgewicht der meisten Eltern ist wiederhergestellt. Ein gewisser Anteil betroffener Eltern leidet jedoch auch Jahre nach dem Verlust unter anhaltenden Symptomen psychischer Belastung. Die Prozentangaben in Bezug auf diese Eltern unterscheiden sich in den einzelnen Studien dabei recht deutlich und schwanken zwischen 7% - 25% (das Ergebnis von Hunfeld et al. (1997) von 38% von sehr belasteten Müttern ist aufgrund des nur einmalig verwendeten Fragebogens mit Vorsicht zu genießen). Diese Resultate sind vergleichbar mit den Zahlen bei anderen Verlustserlebnissen. So zeigen Betroffene nach dem Verlust des Ehepartners innerhalb von 2 Monaten deutliche Symptome von psychischer Belastung, 1-2 Jahre liegt der Anteil noch immer bei 25% (Boyle et al, 1996, S. 1274). Dies bedeutet, dass Eltern auf den Verlust ihres Kindes anfänglich zwar psychisch sehr belastet sind, diesen jedoch in der Regel ohne Anzeichen von chronifizierten klinisch relevanten Krankheitssymptomen verarbeiten können. Trotzdem gibt es offenbar eine Risikogruppe von Eltern, die mit anhaltenden Symptomen reagieren und aus diesem Grund besonderer Aufmerksamkeit und professioneller Unterstützung bedürfen. Mütter, sind in der Regel durch den perinatalen Verlust eines Kindes psychisch stärker und länger anhaltend belastet als die Väter. Aufgrund der Tatsache, dass Mütter eine Schwangerschaft näher und körperlicher erleben als Väter ist dieser Unterschied gut nachvollziehbar. Dennoch ist es wichtig, eher „männliche“ Anzeichen von psychischer Belastung, wie z.B. vermehrter Alkoholkonsum, nicht ausser acht zu lassen.

### **2.2.3 Auswirkungen eines perinatalen Verlustes eines Kindes auf die nächste Schwangerschaft**

Neben den Auswirkungen eines perinatalen Verlustes auf die psychische Befindlichkeit der Eltern wurden in zahlreichen Studien auch die Auswirkungen auf das Befinden der Eltern während einer nachfolgenden Schwangerschaft erforscht. Untersucht wurden wiederum erhöhte Werte von Depression, Ängstlichkeit sowie Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung PTSD bei Müttern, die nach dem perinatalen Verlust ihres Kindes wieder schwanger wurden. Einige wenige Studien befassten sich auch mit der Befindlichkeit der Väter. Ebenso wurde der Effekt des Zeitraums zwischen dem Verlust und einer neuen Schwangerschaft auf das psychische Befinden in Betracht gezogen. Die Datenlage in Bezug auf die psychische Befindlichkeit während der nachfolgenden Schwangerschaft von Müttern, die einen perinatalen Verlust erlitten haben, ist recht einheitlich und praktisch alle Studien kommen zum Schluss, dass der vorangegangene perinatale Verlust eines Kindes eine nächste Schwangerschaft deutlich belastet.

Coté-Arsenault et al. (2001) verglichen 74 Frauen, die ein oder zwei Kinder während oder kurz nach der Schwangerschaft verloren hatten mit 96 Frauen ohne perinatalen Verlust. Sie stellten fest, dass die Frauen der Experimentalgruppe während einer nachfolgenden Schwangerschaft in Bezug auf die Schwangerschaft signifikant ängstlicher waren als die Frauen der Kontrollgruppe. Allgemeine Ängstlichkeit und Optimismus waren bei beiden Gruppen gleich (Coté-Arsenault et al., 2001, S. 623).

Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen Hughes et al. (1999). Sie untersuchten 60 Frauen, die eine Totgeburt erlitten hatten während der nachfolgenden Schwangerschaft und verglichen sie mit 60 Frauen, die schwanger waren ohne vorhergehende Totgeburt. Es zeigte sich, dass die Mütter der Experimentalgruppe, welche innerhalb von 12 Monaten nach dem Verlust des ungeborenen Kindes wieder schwanger waren, signifikant ängstlicher und depressiver waren als die Frauen der Kontrollgruppe. Mütter hingegen, die nach einer Totgeburt erst nach Ablauf von 12 Monaten wieder schwanger wurden, unterschieden in Bezug auf Symptome von Angst und Depression

nicht von den Müttern ohne Verlust des Kindes (Hughes et al. 1999, S. 1721).

Auch in einer Studie Hunfeld, Tasellar-Kloos, Agterberg und Wladimiroff (1997a) zeigt sich, dass Frauen, die ein Kind aufgrund von angeborenen Missbildungen während der Schwangerschaft verloren hatten (N = 27), 4 Wochen nach Geburt eines nächsten Kindes deutlich ängstlich und depressiver waren als die Mütter der Kontrollgruppe (N = 29). 8 und 16 Wochen nach Geburt waren keine Unterschiede mehr feststellbar (Hunfeld et al. 1997, S. 843).

In einer Studie von Turton, Hughes, Evans und Fainman (2001) zeigte sich, dass 21% der Mütter, die ein Kind aufgrund einer Totgeburt verloren hatten (N=66), während der nächsten Schwangerschaft unter Symptomen eines PTSD litten. 1 Jahr nach Geburt eines gesunden Kindes zeigten nur noch 4% der Mütter Anzeichen einer Posttraumatischen Belastungsstörung (Turton et al., 2001, S. 557).

In mehreren Studien konnten ausserdem Geschlechtsunterschiede festgestellt werden: Armstrong (2002) verglich 40 Paare, welche in einer vorhergehenden Schwangerschaft ein Kind verloren hatte (Gruppe 1) mit 33 Paaren, welche zum ersten Mal schwanger waren (Gruppe 2) und 30 Paaren mit vorangegangenen erfolgreichen Schwangerschaften (Gruppe 3). Analog zu den Resultaten der oben beschriebenen Studien zeigten die Paare der Gruppe 1 während der nachfolgenden Schwangerschaft deutlich höhere Werte von depressiven Symptomen und schwangerschaftsbezogenen Ängsten. Während die Mütter aller drei Gruppen signifikant depressiver waren als die Väter, zeigten sich in Bezug auf schwangerschaftsbezogene Ängstlichkeit nur bei der Gruppe der Mütter mit einem vorhergehenden Verlust des Kindes signifikant höhere Werte. Bei den beiden anderen Gruppen waren die Ängstlichkeitswerte von Vätern und Müttern vergleichbar (Armstrong, 2002, S. 342). Dies bedeutet, dass die Mütter, die einen Verlust des Kindes erlitten hatten, während einer nächsten Schwangerschaft signifikant ängstlicher waren als die Väter. Auch in einer Untersuchung von Turton, Bradenhorst, Hughes, Ward, Riches und White (2006) zeigte sich bei Paaren, welche ein Kind durch eine Totgeburt verloren hatten, dass die Depressions- sowie Ängstlichkeitswerte und Symptome von PTSD in einer nächsten Schwangerschaft bei den Mütter gegenüber den

Vätern höher waren (jedoch nicht statistisch signifikant). Allerdings waren auch Väter erhöhter psychischer Belastung während der nachfolgenden Schwangerschaft ausgesetzt: 15% der Väter wurden als depressiv eingestuft (Kontrollgruppe 6%), ebenso zeigten 16% der Väter Symptome eines PTSD. Diese bildeten sich nach der Geburt des Kindes jedoch zurück (Turton et al., 2006, S. 165).

Eine weitere interessante Untersuchung führten Franche und Bulow (1999) durch. Sie befassten sich mit der umgekehrten Wirkungsrichtung, indem sie die Auswirkungen einer nächsten Schwangerschaft auf die emotionale Befindlichkeit der Eltern nach einem perinatalen Verlust untersuchten. Dafür befragten sie 25 Frauen und deren Partner (N = 24), die ihr Kind während oder kurz nach der Schwangerschaft verloren hatten und nun wieder schwanger waren. Die Gruppe dieser Versuchspersonen wurde mit einer Gruppe von Müttern (N=25) und Vätern (N=18) verglichen, die ebenfalls ihr Kind verloren hatten, jedoch nicht wieder schwanger waren. Der Verlust lag bis zu drei Jahren zurück. Die Versuchspersonen wurden in Bezug auf Depressivität, Ängstlichkeit und die drei Dimensionen von Trauer (aktives Trauern, erschwertes Coping, Verzweiflung) untersucht. Die schwangeren Frauen waren nach einem perinatalen Verlust weniger depressiv und verzweifelt und zeigten weniger hohe Werte einer erschwerten Verarbeitung als die nichtschwangeren Frauen. Wiederum zeigten sich signifikante Geschlechtsunterschiede in Bezug auf Depressivität und Ängstlichkeit. Franche & Bulow interpretieren die Resultate ihrer Untersuchung dahingehend, dass eine neue Schwangerschaft eine positive Auswirkung auf die Verarbeitung des Verlustes hat, den Trauerprozess jedoch nicht unterbricht, wie dies von anderen Autoren vermutet wird, sondern mildert, indem die Verunsicherung und Kränkung, welche die Mütter durch den plötzlichen Verlust erlitten haben, durch die Hoffnung auf eine neue positive Erfahrung moduliert und verringert wird (Franche & Bulow, 1999, S.175).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der perinatale Verlust eines Kindes einen negativen Einfluss auf die psychische Befindlichkeit der Eltern während einer nächsten Schwangerschaft hat. Dabei leiden insbesondere Mütter unter vermehrter Ängstlichkeit. Allerdings sind auch Väter - wenn auch in geringerem Ausmass - von Symptomen psychischer Belas-



tung betroffen. Einen positiven Einfluss hat eine längere Zeitdauer zwischen dem Verlust und einer nächsten Schwangerschaft auf die psychische Befindlichkeit der Eltern. Ebenso scheint eine nachfolgende Schwangerschaft die psychische Befindlichkeit der betroffenen Mütter in Form von weniger depressiven Symptomen und einer verbesserten Verarbeitung positiv beeinflussen.

#### **2.2.4 Auswirkungen eines perinatalen Verlustes eines Kindes auf die Mutter-Kind-Beziehung des nächstgeborenen Kindes**

Ein weiterer interessanter Aspekt des Verlustes eines ungeborenen, frühgeborenen oder neugeborenen Kindes ist die Frage nach den Auswirkungen auf das nächstgeborene Kind. Inwieweit muss dieses bei einem nicht durchlebten Trauerprozess das verstorbene Kind ersetzen und stellvertretend für dieses leben („replacement child syndrom“)? Und inwieweit wird die Beziehung und Bindung zum nächstgeborenen Kind durch das erlebte Trauma des Verlustes mit einhergehender Trauer, Ängstlichkeit und Depressivität beeinträchtigt („vulnerable child syndrom“) (Franche & Bulow, 1999, S. 177)?

Laut Bindungstheorie (Bowlby, 1987) entsteht schon während der Schwangerschaft zwischen der Mutter und dem ungeborenen Kind eine Bindung. In Anlehnung an Bowlbys Bindungstheorie wird die Hinwendung zum ungeborenen Kind in Phantasie und Realität als *Bindungsbereitschaft* bezeichnet. Die Schwangerschaft wird als Vorbereitungsphase verstanden, die der Ausbildung einer kognitiven und affektiven Repräsentanz der Mutter von sich selbst als Fürsorgeperson dienen soll (Scheidt et al., 2007, S. 6). In mehreren Studien konnte nachgewiesen werden, dass der perinatale Verlust eines Kindes eine Auswirkung auf das Bindungsverhalten des nächstgeborenen lebenden Kindes sowie auf die Mutter-Kind-Beziehung hat. In der Bindungstheorie wird zwischen folgenden vier unterschiedlichen Bindungsmustern unterschieden: sicher gebunden, unsicher-vermeidend, unsicher-ambivalent, desorganisiert. Diese Bindungsmuster können anhand des von Ainsworth, Blehar, Waters & Wall (1978) entwickelten Fremde-Situationstest erfasst werden. Dabei wird die Reaktion des

Kindes auf eine kurze Trennung von der Bezugsperson (meist der Mutter) und der nachfolgenden Rückkehr beobachtet. Die vier Bindungsmuster unterscheiden sich in folgenden Reaktionen der Kinder (Beutel, 2002, S. 11):

- sicher gebundene Kinder reagieren auf die Trennung der Mutter ängstlich, suchen nach deren Rückkehr ihre Nähe und wenden sich dann wieder ihrer Umgebung zu.
- unsicher-vermeidende Kinder hingegen zeigen wenig Beunruhigung über den Fortgang der Mutter, vermeiden jedoch nach deren Rückkehr den Kontakt mit ihr.
- unsicher-ambivalent gebundene Kinder sind während der Trennung ängstlich, lassen sich jedoch im Unterschied zu den sicher gebundenen Kindern nach der Rückkehr der Mutter nur langsam beruhigen.
- als desorganisiert werden Kinder bezeichnet, die durchgängig zwischen der Suche nach Nähe, Abweisung oder auch erstarrtem Verhalten abrupt wechseln.

In Bezug eines möglichen Zusammenhangs zwischen den Auswirkungen eines perinatalen Verlustes auf das Bindungsverhalten des nachfolgenden Kindes seien folgende Studien vorgestellt:

Heller & Zeanah (1999) stellten in ihrer Studie fest, dass 45% der Kinder von Müttern, welche das vorherige Kind während der Schwangerschaft oder kurz nach der Geburt verloren hatten, ein desorganisiertes Bindungsverhalten zeigten. Dies entspricht einem dreifach erhöhten Anteil von desorganisiertem Bindungsverhalten, welches durchschnittlich bei 15% liegt. Zu diesem Resultat kamen die Forscherinnen, indem sie mit 20 Kindern, die nach dem Verlust des vorhergeborenen Kindes zur Welt gekommen waren, im Alter von 19 Monaten den Fremde-Situations-Test von Ainsworth durchführten. Heller und Zeanah befragten ausserdem die 19 Mütter dieser Kinder zwei Monate nach dem Verlust des vorhergehenden Kindes mittels eines semi-strukturierten Interviews und stellten fest, dass Kinder von Müttern, welche die Verantwortung für ihr emotionales Wohlbefinden während der Zeit der Trauer übernahmen, mit grösserer Wahrscheinlichkeit sicher gebunden waren. Keinen Zusammenhang konnten sie jedoch zwischen dem Bindungsverhalten, dem Ausmass der Verarbeitung des Verlustes und der erlebten Sozialen Unterstützung feststellen. Heller & Zeanah interpretieren diese Resultate dahingehend, dass Mütter, welche

bereit sind, selbst für ihr emotionales Wohlbefinden zu sorgen und dies nicht von ihrer Umgebung erwarten, diese Erwartung auch nicht an ein nächstgeborenes Kind richten und diesem so einen ungestörten, normalen Bindungsaufbau ermöglichen (Heller & Zeanah, 1999, S.197).

Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen Hughes, Turton, Hopper & McGauley (2001) in einer etwas breiter angelegten, kontrollierten Studie. Sie untersuchten 53 Kinder, die nach einer Totgeburt geboren wurden sowie deren Mütter und verglichen sie mit 53 Kindern und deren Mütter ohne vorangegangene Totgeburt. Auch hier zeigte sich ein signifikant höherer Anteil an Kindern mit desorganisiertem Bindungsverhalten in der Gruppe der Mütter nach einer Totgeburt, welcher sich ausschliesslich durch einen Zustand von ungelöster Trauer der Mutter erklären liess. Die unverarbeitete Verlusterfahrung betraf dabei sowohl den Verlust des Kindes als auch frühere Verlusterfahrungen. Erhöhte Depressivität oder Ängstlichkeit hatte keinen Einfluss auf die Art des Bindungstypus (Hughes et al, 2001, S. 791).

Hunfeld et al. (1997a) stellten ausserdem in einer kontrollierten Studie fest, dass Mütter nach einem perinatalen Verlust das nächstgeborene Kind als weniger positiv einschätzten als Mütter ohne vorangegangenen Verlust. Diese Mütter hatten den Eindruck, ihr Baby habe mehr Probleme mit Schlafen, Essen und würde mehr schreien als ein durchschnittliches Kind (Hunfeld et al., 1997a, S. 843).

Ebenso kamen Theut, Moss, Zaslow, Rabinovich, Levin und Barthko (2006) in einer kontrollierten Studie zum Schluss, dass Mütter nach einem perinatalen Verlust sich mehr Sorgen um ihr nächstgeborenes Kind machten, mehr Aufwand betrieben für dieses und sich mehr Gedanken über die Abgrenzung zu ihrem Kind machten (Theut et al., 2006, S. 157).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Kinder, die nach einem perinatalen Verlust des letztgeborenen Geschwister signifikant mehr desorganisiertes Bindungsverhalten zeigen als durchschnittliche Kinder. Diese Beobachtung steht in einem Zusammenhang mit unverarbeiteter Trauer der Mutter, bzw. deren Erwartung an die Umwelt für ihr emotionales Wohlbefinden. Mütter, die ihre Trauer noch nicht verarbeitet haben, scheinen dies auf ungünstige Weise auf die Beziehung zum nächsten Kind zu übertragen.

### **2.2.5 Auswirkungen eines perinatalen Verlustes eines Kindes auf die Paarbeziehung**

Der Verlust eines ungeborenen, frühgeborenen oder neugeborenen Kindes betrifft die Eltern nicht nur als Einzelpersonen, sondern hat auch Auswirkungen auf die Paarbeziehung. Beide Elternteile sind belastet durch den tragischen Verlust und trauern, jeder auf seine individuelle Weise. Trauer, depressive und ängstliche Gemütszustände lassen die Partner sehr mit sich beschäftigt und weniger offen füreinander sein. Gleichzeitig möchten sie - wie in anderen Lebenssituationen auch - füreinander da sein und sich gegenseitig unterstützen. Die Art und Weise, mit dem Verlust des Kindes umzugehen, ist geschlechtsspezifisch und auch gesellschaftlich geprägt. Mütter haben die Schwangerschaft sehr nahe und auch physisch erlebt und trauern oft länger und intensiver als die Väter. Sie müssen sich in der unerwarteten Situation erst zurechtfinden und auch äussere Dinge wie Berufstätigkeit wieder neu organisieren. Den Vätern hingegen bleibt oft wenig Raum für Trauer und Rückzug. Sie müssen sich meist schon kurz nach dem Verlust des Kindes wieder ihrem Alltag zu stellen, indem sie zur Arbeit zurückkehren. Dies bedeutet Ablenkung und Ausrichtung auf Neues, behindert aber oft auch den Trauerprozess. Die Mütter fühlen sich durch dieses auf den ersten Blick „rasche Vergessen“ der Väter gekränkt und im Stich gelassen. Neben den Erfordernissen des Alltags spüren Väter oft auch eine gesellschaftlich geprägte Erwartung, stark zu sein und ihre Partnerin zu trösten. Während die Mütter durch die entstandene Leere also sehr auf sich selbst zurückgeworfen sind, bleibt den Vätern bedingt durch die gesellschaftlichen Erwartungen und Gegebenheiten oft wenig Zeit für den eigenen Verarbeitungsprozess (Beutel. 2002, S. 139).

Es liegt auf der Hand, dass diese sehr anspruchsvolle Situation ein beträchtliches Mass an Konfliktpotential für eine Paarbeziehung und auch die Gefahr einer Trennung in sich birgt. Dieser Frage sind verschiedene Forschungsteams nachgegangen. Die Frage nach den Auswirkungen des Verlustes eines Kindes auf die Paarbeziehung ist schon seit längerem im Fokus der sozialwissenschaftlichen Forschung. Ausgehend von der Annahme, dass der Verlust des eigenen Kindes ein erheblicher Stressfaktor für eine Beziehung ist, wurden deren Auswirkungen auf die Zufriedenheit in der

Beziehung sowie auf die Trennungsrate untersucht. Die Datenlage bezüglich der Trennungsrate nach dem Verlust eines Kindes ist widersprüchlich. Lehman & Wortman (1987, S. 226) konnten eine signifikant erhöhte Trennungsrate von Eltern nach dem Tod ihres Kindes durch einen Autounfall nachweisen. Begleiter, Burry & Harris (1976) hingegen fanden, dass die Trennungsrate und die eheliche Zufriedenheit von Eltern mit einem behinderten Kind vergleichbar sind mit derjenigen von Eltern mit gesunden Kindern.

Najman, Vance, Boyle, Embleton, Foster & Thearle (1993) untersuchten die Auswirkungen eines *perinatalen* Verlustes auf Dauer und Qualität der Paarbeziehung. In einer breit angelegten, kontrollierten Studie befragten sie über 400 Eltern nach dem Verlust eines Kindes durch Totgeburt, Frühgeburt oder SIDS und verglichen sie in Bezug auf den Ehestatus und die eheliche Zufriedenheit mit Eltern, die kein Kind verloren hatten. Messzeitpunkte für die Experimentalgruppe waren 2 und 6-8 Monate nach dem Verlust des Kindes. 5-6% der Eltern, die ihr Kind verloren hatten, trennten sich nach dem Verlust voneinander gegenüber von nur 1% der Eltern der Kontrollgruppe. Obwohl dies ein signifikanter Unterschied darstellt, interpretieren Najman et al. dieses Ergebnis als moderat, da die Unterschiede auch durch andere Faktoren erklärbar sind (Verlust des Kindes triggert ohnehin schon anstehende Trennung, ein nächstes, oft sehr bald nach dem Verlust des Kindes geborenes nächstes Kind kittet die Beziehung nochmals) (Najman et al., 1993, S. 1009). In Bezug auf die Qualität der Paarbeziehung zeigte sich, dass Eltern 2 Monate nach dem Verlust ihres Kindes ihre Ehebeziehung als signifikant schlechter einschätzten als Eltern mit vergleichbarer Länge der Paarbeziehung ohne Verlust eines Kindes. 6 Monate später glichen sich diese Unterschiede an, da sich auch die Paarbeziehung von Eltern mit lebenden Kindern mit zunehmender Zeit verschlechtert hatte. Najman et al. interpretieren dieses Ergebnis dahingehend, dass die Paarbeziehung von Eltern durch den perinatalen Verlust eines Kindes zwar in der ersten Zeit danach belastet ist, die bestehenden Konflikte jedoch in der Folgezeit wieder abnehmen und sich auf einem Niveau von „normalen“ Paarbeziehungen einpendeln (Najman et al., 1993, S. 1009). Mekosh-Rosenbaum & Lasker (2006) kamen zu ähnlichen Ergebnissen. Sie untersuchten 194 Eltern, die ein Kind durch perinatalen Verlust verloren

hatten 2 Monate sowie 1-2 Jahre nach dem Verlust und verglichen sie mit 317 Eltern mit einer erfolgreichen Schwangerschaft (Messzeitpunkte Schwangerschaft und 25-29 Monate nach Geburt). Die Trennungsrate zwischen den Gruppen unterschied sich mit 5.8% bei den Eltern mit Verlust des Kindes nur geringfügig von derjenigen der Eltern mit einem lebenden Kind (3.7%). Die Zufriedenheit in der Paarbeziehung war zu beiden Messzeitpunkten vergleichbar, nahm jedoch über die Zeit für beide Gruppen ab (Mekosh-Rosenbaum & Lasker, 2006, S. 127).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass der perinatale Verlust eines Kindes ein gewisses, jedoch nicht als hoch einzuschätzendes Risiko für eine Paarbeziehung darstellt. Eltern trennen sich nach dem Verlust eines ungeborenen oder frühgeborenen Kindes etwas häufiger als andere Eltern und die Beziehung ist in der ersten Zeit nach dem Verlust etwas belasteter als bei Paaren nach der Geburt eines lebenden Kindes. Diese Ergebnisse decken sich mit den Resultaten bei Eltern nach dem Verlust eines älteren Kindes sowie bei Eltern mit einem behinderten Kind. Die Paarbeziehung scheint eine solche Belastungssituation in der Regel relativ unbeschadet zu überleben (Najman et al., 1993, S. 1009).

## **2.2.6 Therapeutische Unterstützung nach dem perinatalen Verlust eines Kindes**

Die psychotherapeutische Unterstützung von Menschen, die einen Verlust erlitten haben, ist allgemein noch wenig untersucht. Aus den wenigen vorliegenden systematischen Interventionsstudien zeichnet sich jedoch ab, dass insbesondere zeitlich befristete Fokalthérapien einen positiven Effekt auf die psychische Befindlichkeit sowie auf das soziale und berufliche Funktionieren derjenigen Hinterbliebenen, die einer Risikogruppe angehören, haben (Beutel, 2002, S. 33).

Wie in den vorhergehenden Kapiteln beschrieben, hat der perinatale Verlust eines Kindes erhebliche Auswirkungen auf das psychische Befinden der Eltern in der Zeit nach dem Verlust und während einer nächsten Schwangerschaft, auf den Beziehungsaufbau zu nachfolgend geborenen Kind sowie auf die Paarbeziehung. Aufgrund dieser Befunde ist es naheliegend zu fragen, ob betroffene Eltern in dieser belastenden Situation von

einer (psycho-)therapeutischen Unterstützung profitieren. Aktuell liegen hier erst vereinzelte und teilweise mit groben methodischen Mängeln behaftete Untersuchungen vor. Dennoch geben sie erste Anhaltspunkte für die Beantwortung der Frage, ob und welche (psycho-)therapeutische Begleitung nach einem perinatalen Verlust sinnvoll ist und welche Eltern davon profitieren können (Scheidt et al., 2007, S. 9).

Vier interessant erscheinende Untersuchungen werden im Folgenden chronologisch vorgestellt:

Forrest, Standish & Baum (1982) gingen der Frage nach der Wirksamkeit einer therapeutischen, bzw. beraterischen Intervention nach einem perinatalen Verlust nach. Dafür untersuchten sie 50 Paare, die ein Kind durch Frühgeburt (N = 25) oder kurz nach der Geburt (N = 25) verloren hatten. Die Interventionsgruppe erhielt innerhalb der ersten 2 Tage nach dem Verlust des Kindes eine Beratung in Bezug auf den Umgang mit dem verstorbenen Kind (Ermutigung, dem Kind einen Namen zu geben, es in den Armen zu halten, keine überstürzte Entlassung von der Klinik nach Hause), sowie das Angebot für weitere Beratung durch einen Sozialarbeiter oder Psychiater in der Zeit nach der Entlassung. Dieses Angebot wurde von 80% der Eltern der Interventionsgruppe angenommen und umfasste zwischen einem und 8 Kontakten im Zeitraum von 20 Wochen. Die Kontrollgruppe wurde im üblichen Rahmen des Spitalkonzeptes betreut. Die Befragung der Eltern 6 und 14 Monate nach dem Verlust des Kindes zeigte, dass die Mütter der Interventionsgruppe signifikant niedrigere Depressions- und Ängstlichkeitswerte sowie signifikant weniger Symptome von starker psychischer Belastung zeigten als die Mütter der Kontrollgruppe. 14 Monate nach dem Tod des Kindes waren diese Unterschiede verschwunden; in beiden Gruppen zeigten noch je 20% der Mütter klinisch relevante psychische Symptome (Forrest et al. 1982, S. 1475).

Carrera, Diez-Domingo, Montanana, Monleon Sancho, Minguez & Monleon (1998) machten in ihrer Studie folgenden interessanten Vergleich: eine Gruppe von 23 Müttern erhielt nach dem perinatalen Verlust ihres Kindes während eines Jahres psychologische Unterstützung (Interventionsgruppe), eine zweite Gruppe von 34 Müttern erhielt nach dem Verlust des Kindes keine psychologische Intervention (Kontrollgruppe 1), die dritte Gruppe von Müttern (N = 37) hatte keinen Perinatalverlust erlitten (Kontroll-

gruppe 2). Bei der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe 2 wurde anhand des BDI (Beck's Depression Inventory) das Ausmass von Depressivität gleich nach der Geburt, bzw. dem Tod des Kindes sowie 6 und 12 Monate nach dem Verlust, bzw. nach der Geburt des Kindes erhoben. Die Kontrollgruppe 1 wurde nur zum Zeitpunkt von 12 Monaten nach dem Verlust mittels des BDI befragt. Die Intervention bestand aus einer psychologischen Unterstützung, welche folgende Elemente beinhaltete:

- Anerkennen des Kindes als Teil der Familie, Ermutigung der Eltern, das verstorbene Kind zu sehen, zu berühren und ihm einen Namen zu geben, Vorbereitung einer Beerdigung
- Psychoedukative Elemente (Erklären des Trauerprozesses, Ermutigung mit einer nächsten Schwangerschaft mindestens ein Jahr zu warten)
- Ermutigung, Gefühle auszudrücken und über das verstorbene Kind zu sprechen.

Wie zu erwarten, waren diejenigen Mütter, die ihr Kind verloren hatten, signifikant depressiver als die Mütter mit einem lebenden Kind. 6 Monate nach dem Tod des Kindes waren die Mütter der Interventionsgruppe noch immer deutlich depressiver als die Mütter der Kontrollgruppe 2 mit einem lebenden Kind, die Unterschiede waren jedoch deutlich geringer. Zum Zeitpunkt von 12 Monaten war kein Unterschied mehr feststellbar. Interessanterweise waren diejenigen Mütter, die keine psychologische Unterstützung erhalten hatten 12 Monate nach dem Verlust des Kindes signifikant depressiver als die Mütter sowohl der Interventions- als auch der Kontrollgruppe. Das Forscherteam schloss aus diesen Ergebnissen auf die positive Wirkung von psychologischer Unterstützung auf die psychische Befindlichkeit von Müttern nach einem perinatalen Verlust (Carrera et al., 1998, S. 151).

Eine weitere interessante Studie wurde von Swanson (1999) durchgeführt. Sie befasste sich in einer kontrollierten, randomisierten Untersuchung mit der Wirkung von psychologischer Unterstützung auf die psychische Befindlichkeit von Müttern nach einer Fehlgeburt (< 20 SSW). Die Stichprobe umfasste insgesamt 242 Mütter, 116 davon wurden der Interventionsgruppe und 126 der Kontrollgruppe zugewiesen. Die therapeutische Intervention basierte auf einem durch die Forscherin entwickelten und empirisch abgesicherten Interventionsmodell. Dieses bestand aus drei Sitzungen in



der 1., 5. und 11 Woche nach Studienbeginn (d.h. 5 Wochen nach dem Verlust des Kindes), in denen die Mütter durch eine Bezugsperson in folgenden fünf Schritten der Verarbeitung unterstützt wurden:

- „coming to know“: Verstehen, was geschehen ist
- „losing and gaining“: Anerkennen dessen, was verloren gegangen ist und was man gewinnt
- „sharing the loss“: sich seiner Umwelt, insbesondere Partner und Freunden, mitteilen
- „going public“: sich der Öffentlichkeit stellen, hilfreiche und verletzte Bemerkungen entgegennehmen, sich der Realität stellen (z.B. Konfrontation mit werdenden Müttern)
- „trying again“: Entscheidung über den Zeitpunkt einer neuen Schwangerschaft und Auseinandersetzung mit den damit verbundenen Ängsten.

Als Outcome-Variablen wurden das Selbstwertgefühl, Stimmungsparameter (Wut, Depression, Ängstlichkeit, Verwirrung) sowie die Belastung durch den Verlust zu den vier Zeitpunkten gleich nach Aufnahme der Studie, 6 Wochen, 4 Monate und 1 Jahr nach Studienbeginn erhoben. Es zeigte sich, dass die Intervention zu den Zeitpunkten 2, 3 und 4 eine positive Auswirkung auf die Gesamtstimmung, insbesondere Wut und Depression der Mütter der Interventionsgruppe hatte. Einen noch stärkeren Effekt hatte jedoch die verstrichene Zeit seit dem Verlust des Kindes: Mit zunehmendem zeitlichen Abstand vom Verlust zeigte sich bei allen betroffenen Müttern eine Verbesserung des Selbstwertgefühls sowie der vier Stimmungsparameter. Dies weist einerseits auf einen positiven Einfluss der therapeutischen Intervention auf die betroffenen Mütter hin. Gleichzeitig scheint jedoch der zeitliche Abstand zum Verlust eine noch grössere Wirkung auf die psychische Befindlichkeit von betroffenen Müttern zu haben im Sinne von „Zeit heilt Wunden“ (Swanson, 1999, S. 289).

Eine differenzierte, ebenfalls kontrollierte Studie haben Murray, Terry, Vance, Battistutta & Connolly (2000) in Australien durchgeführt. Um den Effekt von therapeutischer Unterstützung auf die psychische Befindlichkeit von Eltern, die ein Kind durch Totgeburt, Frühgeburt oder SIDS verloren hatten, zu untersuchen, verglichen sie eine Gruppe von betroffenen Eltern (N=84), welche im Jahr nach dem Verlust des Kindes psychologische Unterstützung erhielten mit einer Gruppe von betroffenen Eltern, welche die

im Rahmen der Spitalbehandlung übliche Betreuung erhielten ( $N = 60$ ) in Bezug auf Depressivität, Angst, physische Symptome, Coping-Strategien und die Qualität der Paarbeziehung. Die Outcomemasse wurden 4 Wochen, 6 sowie 14 Monate nach dem Verlust des Kindes erhoben. Im Vorfeld waren die Eltern beider Gruppen in Bezug auf ihr Risiko einer komplizierten Trauerreaktion untersucht worden und entweder der Gruppe von Eltern mit hohem oder der Gruppe von Eltern mit tiefem Risiko zugeordnet. Als Risikofaktoren für eine pathologische Trauerreaktion gelten in Anlehnung an verschiedene Studien (Murray et al., 2000, S. 277) folgende Umstände (s.a. Kap. 2.2.2):

- ungenügende soziale Unterstützung
- ambivalente Beziehung zum Verstorbenen
- traumatische Begleitumstände
- ungenügende Bewältigung von früheren Krisen
- zusätzliche Lebenskrisen zum Zeitpunkt des Verlustes oder der Trauerphase
- schwierige Beziehungen in der Kernfamilie

Die psychologische Unterstützung wurde von speziell geschulten Trauertherapeuten (Psychologen und Sozialarbeiter) durchgeführt und umfasste einen ausführlichen Besuch der betroffenen Familie mit psychoedukativen und therapeutischen Elementen sowie - sofern von den Betroffenen gewünscht - weitere persönliche oder telefonische Kontakte während der folgenden Monate. Von den Eltern der Risikogruppe wurden durchschnittlich 8 Kontakte in Ansprache genommen, von denjenigen Eltern, die nicht in der Risikogruppe waren, durchschnittlich 4 Kontakte. Es zeigte sich, dass die Intervention bei allen Eltern der Interventionsgruppe eine positive Wirkung auf Ängstlichkeit, Depression, Coping-Strategien sowie die Qualität der Paarbeziehung hatte. Diese Wirkung trat bei den Müttern früher und bei den Vätern später auf. Am deutlichsten war der Effekt bei den Vätern und Müttern der Risikogruppe. Wie Murray et al. (2000, S. 299) aus den Resultaten folgern, hat eine psychologische Unterstützung bei allen Eltern nach dem perinatalen Verlust ihres Kindes eine positive Wirkung auf die psychische Befindlichkeit. Am meisten profitieren jedoch Eltern mit einem hohen Risiko für eine pathologische Trauerreaktion; sie werden

durch die Intervention in einem adäquateren und symptomärmeren Trauerprozess unterstützt.

Obwohl die Datenlage nicht ganz eindeutig ist, kann zusammenfassend festgestellt werden, dass unterstützende psychotherapeutische und beraterrische Interventionen auf das psychische Befinden von Eltern nach dem perinatalen Verlust ihres Kindes eine positive Wirkung haben können. Diese bezieht sich insbesondere auf die erste Zeit nach dem Verlust des Kindes sowie auf Eltern, die ein Risiko für eine komplizierte Trauerreaktion haben. Bei Eltern ohne solches Risiko verschwinden die Symptome von psychischer Belastung im Verlauf der ersten Monate in der Regel auch ohne therapeutische Intervention wieder.

### **2.2.7 Zusammenfassung**

Der Verlust eines Kindes durch eine Fehlgeburt, eine Frühgeburt oder durch eine Ursache kurz nach der Geburt hat in der ersten Zeit nach dem Verlust starke Auswirkungen auf die psychische Verfassung der Eltern. Betroffene Eltern reagieren in den ersten Monaten nach dem Verlust mit intensiver Trauer, Depressivität, Ängstlichkeit sowie Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Mütter sind in der Regel stärker und länger anhaltend betroffen als Väter. Die erwähnten Symptome verschwinden bei einem Grossteil der Eltern nach einigen Monaten wieder, ein Teil der betroffenen Eltern leidet jedoch unter länger anhaltenden und chronischen psychischen Beschwerden. Ebenso wird die nächste Schwangerschaft nach einem perinatalen Verlust von den Eltern in der Regel belastender erlebt, insbesondere Mütter sind einer neuen Schwangerschaft gegenüber skeptischer und ängstlicher. Eine neue Schwangerschaft kann umgekehrt jedoch auch einen positiven Effekt auf die psychische Befindlichkeit von betroffenen Eltern haben und Symptome von Ängstlichkeit und Depressivität mildern. Oft hat der frühe Verlust eines Kindes auch eine Auswirkung auf die Bindung zwischen der Mutter und dem nachfolgend geborenen Kind. Kinder, die nach dem Verlust ihres Geschwisters geboren wurden, zeigen - vermutlich aufgrund von nicht verarbeiteter Trauer der Mutter - deutlich mehr Störungen im Bindungsverhalten als andere Kinder. Die Paarbeziehung sowie die Zufriedenheit in der Ehe sind

wenig tangiert vom perinatalen Verlust eines Kindes. Zwar trennen sich betroffene Eltern etwas häufiger als Eltern nach der Geburt eines lebenden Kindes, diese Unterschiede sind jedoch gering. Ebenso sinkt die eheliche Zufriedenheit von betroffenen Eltern während der ersten Monate nach dem Verlust im Vergleich zu nicht betroffenen Eltern. Diese Unterschiede bestehen jedoch nur in der ersten Zeit nach dem Verlust und gleichen sich nach kurzer Zeit wieder aus. Eine therapeutische Unterstützung scheint für Eltern insbesondere während der ersten Monate nach dem Verlust hilfreich zu sein, über einen längeren Zeitraum gesehen sind die Effekte jedoch gering, da sich die psychische Befindlichkeit wie erwähnt mit zunehmendem Abstand vom Ereignis von alleine wieder reguliert. Nachhaltig von einer psychologischen Unterstützung profitieren Eltern mit einem Risiko für eine pathologische Trauerreaktion, für sie ist eine Unterstützung hilfreich, um auf adäquate Weise um den Verlust ihres Kindes zu trauern und diesen zu verarbeiten.

## 2.3 Neonatologie - Theoretische Grundlagen

### 2.3.1. Einleitende Bemerkungen

Im folgenden Theorieteil wird in einem *ersten Unterkapitel* auf das Thema Frühgeburtlichkeit aus medizinischer Sicht eingegangen. Dabei werden Zahlen und Fakten zu Inzidenz, Mortalität und Morbidität bei Frühgeburtlichkeit vorgestellt sowie die wichtigsten Begriffe definiert. Ebenso werden ethische Gesichtspunkte im Bereich der Neonatologie beleuchtet. Ausserdem wird auf mögliche Ursachen von Frühgeburtlichkeit und therapeutische Massnahmen eingegangen. In einem *zweiten Unterkapitel* wird die Klinik für Neonatologie mit ihren verschiedenen Aufgabenbereichen vorgestellt. Dieser Vorstellung folgt eine konkrete Beschreibung der Behandlung von frühgeborenen Kindern auf der Station.

### 2.3.2 Frühgeburtlichkeit aus medizinischer Sicht

#### a) Allgemeines - Definitionen, Inzidenz, Mortalität, Morbidität

Gemäss der Definition der WHO wird ein Kind, das zwischen dem Beginn der 22. und vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche (SSW) lebend geboren wird, als Frühgeborenes bezeichnet (Koletzko, Harnack & Belohradsky, 2004, S. 52). Für die nähere Bezeichnung von Frühgeborenen werden folgende Begriffe verwendet: Als Frühgeborene (preterm infant) gelten Kinder, welche nach der vollendeten 32. und vor der 37. SSW zur Welt kommen. Kinder, die zwischen der vollendeten 27. SSW und vor der vollendeten 32. SSW geboren werden, sind sehr Frühgeborene (very preterm infant). Kinder mit einem Gestationsalter von weniger als 27 SSW werden als extrem Frühgeborene (extremely preterm infant) bezeichnet (Tabelle 3). Wie aus Abbildung 1 ersichtlich wird, liegt in der Schweiz der Anteil an Frühgeborenen bei 9%, der Anteil an sehr Frühgeborenen bei 1% und derjenige an extrem Frühgeborenen bei 0.22%. Alle lebend und tot geborenen Kinder mit einer Grösse von über 30 cm sind in der Schweiz meldepflichtig.

Trotz umfangreicher Anstrengungen in den Bereichen Prävention, Diagnostik und Therapie ist die Inzidenz von Frühgeborenen in den meisten

europäischen Ländern konstant geblieben. Sie liegt in den europäischen Ländern zwischen 6% (Griechenland, Portugal) und 10% (Oesterreich).

Tabelle 3: Definitionen von Frühgeburtlichkeit sowie Inzidenzraten in der Schweiz

Bezeichnung	Definition	Anzahl der/Jahr CH	Kin- CH	Inzidenzraten CH
frühgeborenes Kind (preterm infant)	Geburt vor der 37. SSW	6500		9%
sehr frühgeborenes Kind (very preterm infant)	Geburt vor der 32. SSW	730		1%
extrem frühgeborenes Kind (extremely preterm infant)	Geburt vor der 27. SSW	160		0.22%

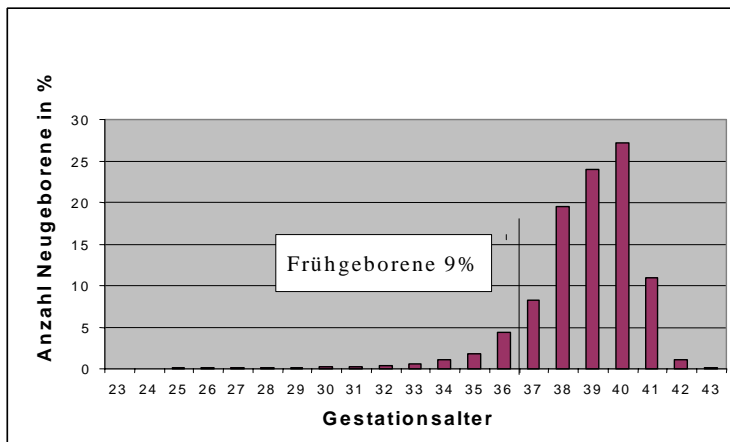


Abbildung 1: Verteilung des Gestationsalters von Neugeborenen in der Schweiz 2004 (nach Bucher 2006, Folie 6)

Die Mortalität von Lebendgeborenen hat in den vergangenen Jahrzehnten konstant abgenommen (s. Abbildung 2). Während im Jahre 1960 von 1000 lebend geborenen Kindern noch 25 verstarben, waren es 1980 12 und 1995

noch 6, was einem Anteil von 0.6% entspricht. Die Abnahme der Mortalität geht dabei in erster Linie auf das Konto von kleinen Frühgeborenen (Bucher, 2004, S. 26). Dank verbesserten technischen und pharmakologischen Hilfsmitteln überleben heute deutlich mehr Frühgeborene als früher. Zu diesen Hilfsmitteln gehören u.a. die pränatale Lungenreifungsinduktion, maschinelle Beatmung und Atemunterstützung mit CPAP (continuous positive airway pressure), die Pflege im Brutkasten mit immer besserer Regulation von Temperatur und Feuchtigkeit, die Verbesserung der Infektionsprophylaxe sowie die parenterale Ernährung. Neben der Entwicklung der neonatalen Intensivmedizin sind laut Schneider, Husslein & Schneider (2000, S. 470) die Zentralisierung von Hochrisikogeburten in spezialisierten Zentren sowie die verbesserte interdisziplinäre Zusammenarbeit für die höheren Überlebenschancen insbesondere von kleinen Frühgeburten unter 1500 g mitverantwortlich. Die Mortalität von frühgeborenen Kindern nimmt mit zunehmender Reife exponentiell ab (s. Abbildung 3). So lag die Mortalität von extrem frühgeborenen Kindern in der 24. SSW in der Schweiz in den Jahren 1999-2004 bei 68%, von sehr Frühgeborenen in der 29. SSW bei 10% und von Frühgeborenen über der 32. SSW bei unter 3%.

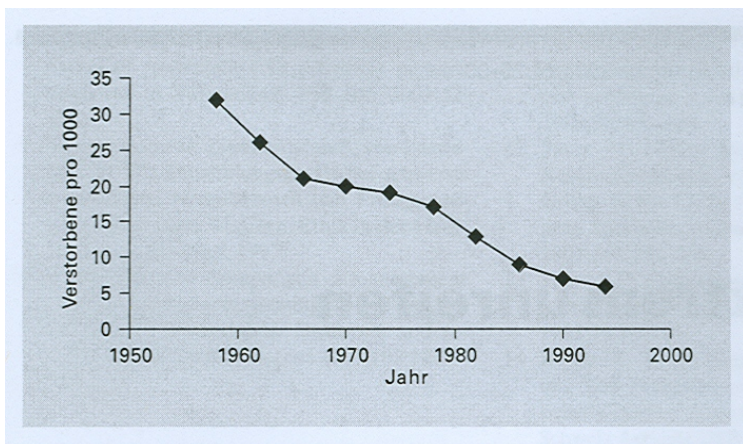


Abbildung 2: Mortalität bei Lebendgeborenen (Bucher, 2004, S. 26)

Dank der medizinisch-technischen Fortschritte überleben heute mehr frühgeborene Kinder mit einem sehr tiefen Gestationsalter und Geburtsgewicht. Dies erfreuliche Entwicklung hat jedoch auch Schattenseiten: parallel zur sinkenden Mortalität von Frühgeborenen stieg die Zahl der Überlebenden mit schweren Schädigungen. Je kleiner und unreifer ein Frühgeborenes ist, desto höher ist das Risiko einer schweren Behinderung, wenn es überlebt. Zerebrale Paresen mit geistiger Behinderung, Entwicklungsstörungen, Seh- und Hörschäden, chronische Lungenprobleme sowie Epilepsie sind bei frühgeborenen Kindern deutlich häufiger als bei Kindern, die termingerecht zur Welt kommen. Wie aus Abbildung 3 ersichtlich wird, gehen zwischen 27% und 39% der Kinder, die zwischen der 25. und 29. SSW zur Welt kommen, mit einer Form von Behinderung durchs weitere Leben.

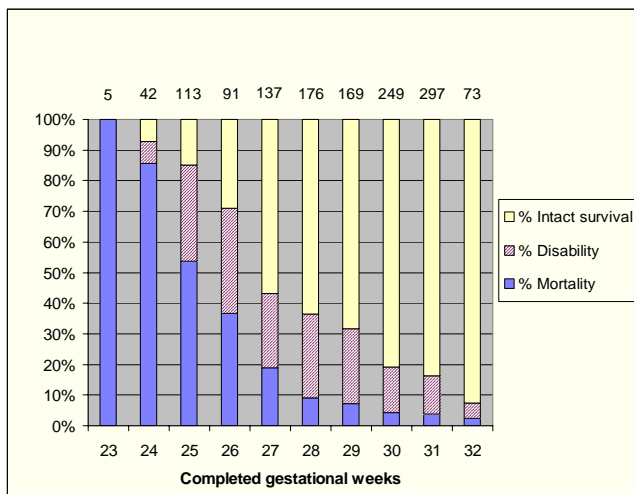


Abbildung 3: Outcome von Frühgeborenen in der Schweiz im Alter von 24 Mt. in Bezug auf Überleben und Behinderungen (Bucher 2006, Folie 15)



**b) Ethische Gesichtspunkte im Bereich der Neonatologie**

Die verbesserten technischen und pharmakologischen Möglichkeiten im Bereich der neonatologischen Intensivmedizin stellt die Neonatologie neben den positiven Auswirkungen wie geringere Mortalität aufgrund der erwähnten erhöhten Morbidität von Frühgeborenen vor schwierige ethische Fragen. Zwar können heute Frühgeborene auch mit einem sehr jungen Gestationsalter überleben, wenn sie die entsprechende medizinische Unterstützung erhalten. Es stellt sich jedoch die Frage, wie sinnvoll es ist, einem Kind diese Unterstützung anzubieten, wenn das Risiko besteht, dass es für den Rest des Lebens an einer schweren Behinderung leidet; eine Situation, welche auch die Eltern emotional und finanziell über Jahre schwer belastet. Ab welchem Gestationsalter sollen Frühgeborene deshalb mit medizinischen Massnahmen unterstützt werden? Wann sollen intensivmedizinische Massnahmen eingeschränkt oder abgebrochen werden, wenn klar wird, dass ein Kind bleibende Schäden haben oder sicher sterben wird? Und wer ist an dieser Entscheidungsfindung beteiligt? In Zusammenhang mit diesen Fragen ist es wichtig zu beachten, dass das ethische Grundprinzip der Autonomie aufgrund der nicht vorhandenen Fähigkeit von Frühgeborenen für selbstbestimmte Entscheidungen im Bereich der Neonatologie nicht einhalten werden kann und Entscheidungen stellvertretend für das Frühgeborene getroffen werden müssen (von Siebenthal & Baumann-Hölzle, 1999, S. 237).

Über diese Fragen wird sowohl in Europa und als auch in den USA seit einigen Jahren intensiv diskutiert. Die Meinungen der Mediziner gehen dabei in den einzelnen Ländern weit auseinander. Am zurückhaltendsten bei Einsatz von Intensivmassnahmen sind die Niederlande, gefolgt von Schweden und Grossbritannien, in den Ländern Süd- und Osteuropas sowie in den USA hingegen werden intensivmedizinische Massnahmen deutlich häufiger eingesetzt (Bucher 2004, S. 27). Die medizinischen und ökonomischen Auswirkungen dieser unterschiedlichen Haltungen konnten in einen Vergleich zwischen der restriktiven Haltung der Niederlande und der aggressiveren Vorgehensweise in New Jersey, USA aufgezeigt werden: In New Jersey überleben doppelt so viele Frühgeborene unter der 27. SSW als in den Niederlanden (46% in New Jersey, bzw. 22% in Holland); gleichzei-

tig ist die Rate von Kindern mit einer Zerebralparese mit 7.9% in New Jersey versus 0.8% in Holland 10 Mal höher (Lorenz, Paneth, Jetton, den Ouden & Tyson, 2001, S. 1269). Diese Zahlen zeigen, dass es keine einfachen Antworten auf diese ethischen Fragen in der Neonatologie gibt. Der Versuch, für Europa einheitliche Leitlinien zu formulieren, musste angesichts der unterschiedlichen gesetzlichen Gegebenheiten und Einstellungen der Ärzte wieder fallengelassen werden. Man einigte sich auf die Formel „im besten Interesse des Kindes“ zu entscheiden und dem Lindern von Leiden einen hohen Stellenwert beizumessen. (Bucher, 2004, S. 28). In der Schweiz gilt die Empfehlung, sich vor der 24. Gestationswoche auf palliative Massnahmen wie menschliche Zuwendung, Wärme sowie Schmerzbekämpfung zu beschränken. Nach der 24. SSW wird der Beginn von intensivmedizinischen Massnahmen je nach individueller Situation empfohlen, es muss jedoch eine engmaschige Beurteilung der Situation erfolgen. Kann das primäre Ziel der Erhaltung des Lebens des Kindes nicht erreicht werden, wird eine „redirection of care“ notwendig und die Behandlung erfolgt unter palliativen Gesichtspunkten (Bucher, 2004, S. 28).

Auch die Rolle der Eltern bei der Entscheidungsfindung wird in den verschiedenen europäischen Ländern unterschiedlich gehandhabt. Während in stärker patriarchalisch ausgerichteten Ländern die Meinung der Eltern in der Regel weniger berücksichtigt wird, werden diese in der Schweiz wenn immer möglich in die Entscheidungsfindung miteinbezogen. Es wird davon ausgegangen, dass Eltern eine Situation in Bezug auf ihr Kind am besten bewältigen können, wenn sie eine Entscheidung verstehen und mittragen können, ohne die volle Verantwortung dafür übernehmen zu müssen (Bucher, 2004, S. 29).

In verschiedenen neonatologischen Zentren wurden besondere Verfahren für die Entscheidungsfindung bezüglich Weiterführung, bzw. Abbruch von intensivmedizinischen Massnahmen entwickelt. In der Klinik für Neonatologie des Universitätsspitals Zürich entstand bereits in den frühen 90-er ein interessantes Modell zur medizinisch-ethischen Entscheidungsfindung (von Siebenthal & Baumann-Hölzle, 1999): Bei sehr unreifen Frühgeborenen (< 26. SSW), schwer missgebildeten oder neurologisch geschädigten Kindern wird von den betreuenden Neonatologen oder Pflegenden ein ethisches Gespräch einberufen. Dieses Gespräch wird von einer nicht in die

Behandlung des Kindes involvierten ärztlichen oder pflegerischen Fachperson geleitet. Die Gesprächsgruppe setzt sich aus dem sogenannten inneren und äusseren Kreis zusammen. Der innere Kreis besteht aus betreuenden Pflegefachpersonen und ÄrztInnen; er besitzt die Entscheidungskompetenz. Der äussere Kreis steht dem inneren Kreis beratend zur Seite, er wird gebildet von Mitarbeitern der Klinik für Neonatologie, Spezialisten sowie Mitarbeitern, die möglichst langjährige Erfahrung mit ethischen Fragestellungen haben. Die Klinikleitung, die ebenfalls an diesem Gespräch teilnimmt und die getroffene Entscheidung nach aussen vertritt, gehört je nach dem, ob sie in die Behandlung des Kindes involviert ist oder nicht zum inneren oder äusseren Kreis. Sie besitzt neben den Eltern als einzige Person ein Vetorecht. Die von der Gruppe getroffene Entscheidung wird den Eltern, deren Anliegen ins Entscheidungsfindungsgespräch eingeflossen waren, im Anschluss an das Gespräch mitgeteilt. Wird keine Übereinstimmung mit den Eltern gefunden, können diese eine weitere Ethiksitung verlangen. (von Siebenthal & Baumann-Hölzle, 1999, S. 236). Das Modell wurde von einer externen Stelle evaluiert, welche zum Schluss kam, dass durch dieses Vorgehen das Ziel einer ausgewogenen, breit abgestützten Entscheidung erreicht wird und sich das Verfahren positiv auf das Betriebsklima, insbesondere auf die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegenden auswirkt (Maffezzoni, 2003, S. 124).

### **c) Ätiologie von Frühgeburtlichkeit**

Die Gründe für eine Frühgeburt sind vielfältig. Grundsätzlich unterscheidet man zwischen Frühgeburten mit vorausgehenden Symptomen für eine drohende Frühgeburtlichkeit wie vorzeitigen Wehen oder einem vorzeitigen Blasensprung und geplanten Frühgeburten als Folge einer indizierten Beendigung der Schwangerschaft wegen fetaler oder mütterlicher Pathologie. Bei den Frühgeburten vor der 32. Schwangerschaftswoche macht der Anteil der indizierten vorzeitigen Schwangerschaftsbeendigungen mehr 50% aus. Vorzeitige Wehen sind als klinisches Symptom bei Frühgeburtlichkeit von zentraler Bedeutung. Allerdings sind nur etwa ein Drittel aller Frühgeburten auf vorzeitige Wehen ohne fetale oder mütterliche Begleitpathologie zurückzuführen. Bei zwei Dritteln geht ein vorzeitiger Blasensprung voraus oder muss die Schwangerschaft frühzeitig beendet werden

(Abbildung 4). Jede der in Abbildung 4 aufgeführten Ursachen kann zu vorzeitigen Wehen oder einem vorzeitigem Blasensprung führen oder Grundlage für eine indizierte vorzeitige Schwangerschaftsbeendigung sein. Aszendierende Infektionen sowie Plazentationsstörungen bilden die Hauptursachen für Frühgeburtlichkeit und können zu vorzeitigen Wehen oder vorzeitigem Blasensprung führen. Bei der vorzeitig indizierten Schwangerschaftsbeendigungen spielen verschiedene Formen von Plazentopathologien eine vorrangige Rolle (Schneider, Husslein & Schneider, 2000, S. 469).

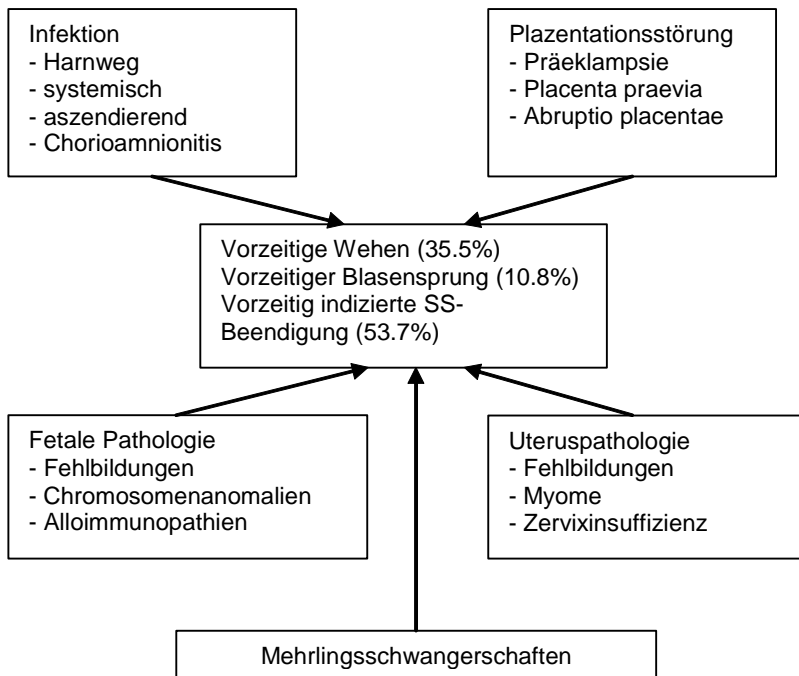


Abbildung 4: Pathogenese der Frühgeburt nach Schneider et al. (2000, S. 471)

## Erklärungen der Begriffe:

- Chorioamnionitis: unspezifische Infektion der Eihöhle, Plazenta, Eihäute oder des Fetus während SS oder Geburt
- Präeklampsie (hypertensive Schwangerschaftserkrankung): generalisierte Mikrozirkulationsstörung mit Verengung der Blutgefäße, Hämokonzentration, Läsionen der Endothelien; Ätiologie unbekannt, Folgen für Leber (HELLP-Syndrom), Niere (Proteinurie), Gehirn (Eklampsie) und Plazenta (Plazentainsuffizienz)
- Placenta praevia: atypische Lokalisation der Plazenta im unteren Uterussegment
- Abruptio placentae: Placentaablösung
- Myom uteri: gutartige, vorwiegend aus Muskelzellen bestehender Tumor
- Zervixinsuffizienz: Erweichung oder Verkürzung des Muttermundes

*Infektionen* können systemisch sein, d.h. den ganzen Körper oder aber spezifisch ein Organ betreffen. So können Harnwegsinfekte oder eine Chorioamnionitis (Infektion der Eihülle, Plazenta oder der Eihöhle) eine Frühgeburt auslösen. Oft treten Infekte ascendierend auf, d.h. greifen aufsteigend von einem Organ, z.B. den Harnwegen auf Organe, die mit der Schwangerschaft und dem Kind verbunden sind über. Eine weitere wichtige Ursache von Frühgeburtslichkeit sind *Plazentationsstörungen*. Eine Ablösung der Plazenta (abruptio placentae) und der damit verbundene Unterbruch der Versorgung des Kindes oder eine atypisch tiefe Lokalisation der Plazenta im Uterus (placenta praevia) kann z.B. die vorzeitige Geburt des Kindes auslösen. Ebenso kann eine Präeklampsie zu einer frühzeitigen Ablösung der Plazenta und damit zu einer Frühgeburt führen. Dieses Krankheitsbild, das zu den hypertensiven Schwangerschaftserkrankungen gehört, kann aufgrund seiner gravierenden Auswirkungen auf Leber, Niere und Hirn für die Mutter lebensbedrohlich sein und ist meist eine Indikation für den frühzeitigen Abbruch der Schwangerschaft. Neben Infektionen und Plazentationsstörungen können auch *Pathologien des Fetus oder des mütterlichen Uterus* Ursache für eine Frühgeburt sein. Zu den fetalen Pathologien werden Chromosomenanomalien oder Fehlbildungen des Fetus sowie Alloimmunopathien gezählt. Unter die Pathologien der Gebärmutter werden Fehlbildungen des Uterus, Myome im Bereich des Uterus und eine ungenügende Funktion des Muttermundes (Zervixinsuffizienz) subsumiert. Uteruspathologien sind nur für einen kleinen Prozentsatz von Frühgeburten mitverantwortlich. Schlussendlich können auch *Mehrlingsschwangerschaften* Ursache für eine Frühgeburt sein.

#### **d) Therapeutische Möglichkeiten bei Frühgeburtlichkeit**

Droht eine Schwangerschaft aufgrund von vorzeitigen Wehen oder einem vorzeitigen Blasensprung frühzeitig zu Ende zu gehen, ist das oberste ärztliche Ziel, den Beginn des Geburtsprozesses zu verhindern. Bei einer frühzeitig indizierten Schwangerschaftsbeendigung müssen für die Wahl des Zeitpunkts der Beendigung der Schwangerschaft die Risiken für die Mutter gegen diejenigen für das Kind gegeneinander abgewogen werden.

Beim Einsetzen von vorzeitigen Wehen wird die Mutter symptomatisch mittels Tokolyse behandelt. Die eingesetzten Medikamente - in der Regel B-Mimetika - hemmen die Wehen und stoppen damit das Einsetzen des Geburtsvorganges. Die Tokolyse kann die Ursache der frühzeitigen Wehen nicht beheben, ermöglicht aber eine kurzfristige Schwangerschaftsverlängerung und damit die Induktion der Lungenreifung für das Kind durch Glukokortikoide sowie die Verlegung in ein Perinatalzentrum. Die Massnahmen sind insbesondere bei kleinen Frühgeborenen für das Überleben und die Vermeidung von Langzeitmorbidity von entscheidender Bedeutung (Schneider et al., 2000, S. 476).

Erleidet die Mutter einen frühzeitigen Blasensprung, so wird je nach Gestationsalter des Kindes ein unterschiedliches Behandlungsmanagement gewählt. Während bis zur 28. Schwangerschaftswoche ein konservatives, d.h. abwartendes Vorgehen gewählt wird, ist ab der 32. Schwangerschaftswoche ein aktives Vorgehen im Sinne des Einleitens des Geburtsvorganges sowohl für die Mutter als auch für das Kind von deutlichem Vorteil. In der Zeit zwischen der 28. und 32. Schwangerschaftswoche wird ein individuelles Vorgehen empfohlen. (Schneider et al., 2000, S. 489). Grundsätzlich muss beim Management eines frühzeitigen Blasensprungs der Benefit des abwartenden Vorgehens gegenüber den Risiken, die sich daraus ergeben, abgewogen werden. Das Abwarten erlaubt ein längeres Verbleiben des Kindes im Uterus und damit eine höhere Überlebenschance, birgt jedoch immer die Gefahr einer Infektion mit den damit verbundenen Risiken von erhöhter Morbidity und Mortalität. Bei einem vorzeitigen Blasensprung ist insbesondere auf die Gefahr einer Keimverschleppung vom unteren Genitaltrakt ins fetale Kompartiment zu achten. Bei der Untersuchung muss deshalb streng auf Sterilität geachtet werden.

Bei einer geplanten Frühgeburt ist es laut Schneider et al. (2000, S. 501) das vorrangige Ziel, unreifebedingten Erkrankungen des Kindes vorzubeugen. Dabei muss insbesondere ans Atemnotsyndrom RDS gedacht werden. Wie schon vorgängig erwähnt, kann dieses durch die antenatale Durchführung der Lungenreifung mittels Kortikosteroiden verhindert oder zumindest gemildert werden. Diese wird - ausser beim Vorliegen einer Amnioninfektion - bei drohender Frühgeburt zwischen der 24. und 34. Schwangerschaftswoche grundsätzlich immer durchgeführt und beeinflusst neben dem Atemnotsyndrom auch die intraventrikulären Blutungen sowie die Mortalität des Kindes.

### **2.3.2 Klinik für Neonatologie des Universitätsspitals Zürich**

Ein wichtiger Grundsatz in der qualitativen Forschung die genaue Beschreibung des Forschungsfeldes (Kapitel 2.5.4b)). Untersuchungsergebnisse können nur auf dem Hintergrund von ausreichenden Informationen über das Umfeld, in welchem die Untersuchung stattgefunden hat, interpretiert und Rückschlüsse auf eine Ausweitung der Resultate gemacht werden. Im Folgenden sollen deshalb die Klinik für Neonatologie, ihr Leistungsauftrag und ihre Werthaltungen vorgestellt werden. Der Fokus liegt dabei auf der Beschreibung der klinischen Arbeit. Ebenso werden die konkreten Behandlungskonzepte sowie die Abläufe von Klinikeintritt bis Klinikaustritt beschrieben. Auf diesem Hintergrund sind die Aussagen der Eltern verstehbar und die Interpretationen aus den Ergebnissen können nachvollzogen werden.

#### **a) Klinik für Neonatologie - Allgemeines**

Die Klinik für Neonatologie ist im Universitätsspital Zürich als eigenes Leistungszentrum verankert. Ihre Anfänge reichen ins Jahr 1908 zurück, als das kantonale Säuglingsheim in der Villa Rosenberg ganz in der Nähe des heutigen Universitätsspitals eröffnet wurde. Seither hat sich die Klinik parallel zu den aktuellen Erkenntnissen aus der Forschung stetig weiterentwickelt und vergrössert und bildet heute eines der grössten universitären Zentren für Neonatologie der Schweiz. Gemeinsam mit der Klinik für Geburtshilfe bildet die Klinik für Neonatologie seit 1978 ausserdem das

Perinatalzentrum des Universitätsspitals Zürich. Neben der engen Zusammenarbeit mit der Klinik für Geburtshilfe bestehen Kooperationen mit anderen Kliniken des Universitätsspitals, mit dem Kinderspital sowie mit der Universität und der ETH Zürich. Daneben pflegt die Klinik für Neonatologie Kontakte zu anderen Neonatologie-Abteilungen in der ganzen Schweiz sowie zu vor- und nachbetreuenden ÄrztInnen. Weiter setzt sie sich für Öffentlichkeitsarbeit im Sinne einer Sensibilisierung für die Anliegen von Neugeborenen und für ethische Fragestellungen im Bereich der Neonatologie ein ([www.neo.unispital.ch](http://www.neo.unispital.ch)).

Die Klinik für Neonatologie hat einen Leistungsauftrag in folgenden drei Bereichen:

### **1) Klinische Arbeit**

Im Bereich der klinischen Arbeit liegt der Auftrag in der Betreuung von Frühgeborenen und kranken Neugeborenen und deren Eltern. Mit den neuesten medizinisch-technischen Mitteln und einem hohen Einsatz von speziell geschulten Fachpersonen wird die optimale Versorgung der kleinen Patienten nach den neusten Erkenntnissen angestrebt. Sicherheit, Geborgenheit und optimale Entwicklungsmöglichkeiten stehen dabei an oberster Stelle. Die kontinuierliche Begleitung der Eltern durch ein möglichst konstantes Betreuungsteam ist ebenfalls ein wichtiges Anliegen der Klinik. Um trotz der schwierigen Umstände einen möglichst guten Beziehungsaufbau zwischen Kind und Mutter zu ermöglichen, erfolgt die Betreuung des Neugeborenen und seiner Mutter nach Möglichkeit unter demselben Dach. Die Wahrung der Würde der kleinen Patienten und ethische Grundsätze stehen im Wertverständnis der Klinik für Neonatologie an oberster Stelle. Schwierige ethische Entscheidungen wie das Absetzen von intensivmedizinischen Massnahmen werden nach sorgfältiger Güterabwägung nach einem eigens für die Abteilung entwickelten Entscheidungsfindungsmodell getroffen (Kapitel 2.3.1.b)). Für Mütter mit einer Risikoschwangerschaft bietet die Klinik für Neonatologie in Zusammenarbeit mit der Klinik für Geburtshilfe eine konsiliarische Tätigkeit an. Ebenso werden entlassene Neugeborene (ab 32. SSW) auf Wunsch der Eltern ambulant nachbetreut.

Die Klinik verfügt über 8 Intensiv-Betten sowie 16 Betten in der „intermediate-care“. Bei einer Bettenbelegung zwischen 91-94% in den Jahren



2004/2005 werden pro Jahr 600 Patienten behandelt. Das ärztliche Team der Klinik für Neonatologie besteht aus dem Chefarzt, Prof. H.U. Bucher, zwei Leitenden ÄrztInnen, vier OberärztInnen sowie acht AssistenzärztInnen. Das Pflgeteam setzt sich aus 35 Pflegfachfrauen zusammen, welche von zwei Teamleiterinnen und der Leiterin der Pflege geführt werden. Der Klinik stehen ausserdem 250 Stellenprozente für Pfleghilfen, eine 70% Physiotherapiestelle, eine Direktionssekretärin sowie 130 Stellenprozente für das Sekretariat zur Verfügung. Seelsorge sowie psychologisch-psychiatrische Betreuung können hausintern konsiliarisch beigezogen werden.

## **2) Weiterbildung, Lehre**

Die Klinik für Neonatologie beteiligt sich aktiv an der Aus- und Weiterbildung von Fachpersonen. An der Universität werden – integriert in die Fächer Pädiatrie und Frauenheilkunde – regelmässig Vorlesungen über Neonatologie für Medizinstudierende angeboten. Die Klinik bildet ausserdem AssistenzärztInnen, Medizinstudierende, Pflegfachpersonen sowie Hebammen im klinischen Bereich aus. Es finden regelmässige interne Fortbildungen statt, ebenso organisiert die Klinik für ambulant tätige Fachpersonen Fortbildungen zu Themen aus dem Bereich Neonatologie.

## **3) Forschung**

Als Klinik eines Universitätsspitals ist die Klinik für Neonatologie auch der Forschung verpflichtet. Diese obliegt der Aufsicht eines Leitenden Arztes der Klinik und eines Oberassistenten. Für die Forschung stehen 230 Stellenprozente zur Verfügung. Die Klinik betreibt Forschung mit folgenden Schwerpunkten:

- Cerebrale Durchblutung
- Nach-Infrarot-Spektroskopie
- Ethische Entscheidungsfindung
- Neonataler Drogenentzug

Die Ergebnisse aus den laufenden Forschungsprojekten werden regelmässig in namhaften wissenschaftlichen Zeitschriften publiziert.

## **b) Betreuung auf der Klinik für Neonatologie**

Im Folgenden werden die Abläufe in der Klinik für Neonatologie von Eintritt bis Austritt der Eltern und des Kindes konkret beschrieben und wichtige Konzepte in der Betreuung vorgestellt. Dabei liegt der Fokus auf der Beschreibung der Betreuung von Eltern, die ihr extrem frühgeborenes Kind (< 26. Schwangerschaftswoche) verlieren.

### ***Vor der Geburt***

Die Hospitalisation einer werdenden Mutter im Universitätsspital Zürich wegen drohender Frühgeburtlichkeit des Kindes kann entweder geplant oder notfallmässig stattfinden. Tritt die Mutter geplant ins Krankenhaus ein, wird sie auf der Pränatal-Station der Klinik für Geburtshilfe aufgenommen. Grund für eine Hospitalisation kann u.a. das frühzeitige Einsetzen von Wehen, der Verdacht auf eine Infektion oder eine andere Komplikation wie eine Präeklampsie sein. Auf der Pränatalstation, die sich im 9. Stock des Gebäudes befindet und über rund 40 Betten verfügt, wird die Mutter überwacht und es wird mit der entsprechenden Behandlung begonnen. Die Pränatalstation und die Klinik für Neonatologie arbeiten eng zusammen. Zweimal wöchentlich findet ein Rapport mit Mitarbeitenden von beiden Kliniken statt. Diejenigen Mütter, bei denen eine Frühgeburt wahrscheinlich ist, werden von den Neonatologen auf der Pränatalstation besucht. Dabei wird die Situation des Kindes, die mögliche frühzeitigen Geburt und die damit verbundenen Risiken mit den Eltern genau besprochen. Durch diesen ersten Kontakt sind ein gegenseitiges Kennenlernen und die Bildung eines Vertrauensverhältnisses möglich. Ebenso können Mütter, bei denen die Wahrscheinlichkeit einer vorzeitigen Geburt besteht, auf Wunsch und in Begleitung einer Pflegefachperson die Neonatologie-Station besuchen und so Schwellenängste abbauen. Bei allen Müttern zwischen der 24. und 34. Schwangerschaftswoche wird - sofern die es Zeit zulässt - die sogenannte Lungenreifung für das Kind gemacht. Diese besteht in einer zweimaligen Verabreichung von Glukokortikoiden innerhalb von 24 Stunden und soll die Reifung der Lunge vorantreiben und dem Kind nach der Geburt das Atmen erleichtern.

### *Geburt*

Erfolgt die Hospitalisation der Mutter notfallmässig und ist die frühzeitige Geburt des Kindes nicht zu verhindern, werden die Mütter für die Geburt direkt in den Gebärsaal aufgenommen. Diese liegt direkt vis-à-vis der Neonatologie-Station im 4. Stock. Der Vater kann in der Regel bei der Geburt des Kindes anwesend sein; muss ein Kaiserschnitt unter Narkose durchgeführt werden, hat der Vater erst nach Abschluss der Operation Zutritt in den Raum. Bei der Geburt sind sowohl die ÄrztInnen der Klinik für Geburtshilfe als auch die ÄrztInnen der Klinik für Neonatologie anwesend.

### *Nach der Geburt*

Je nach Gesundheitszustand der Mutter wird diese noch zwischen einem und drei Tagen im Gebärsaal zur Überwachung behalten oder aber auf die Wöchnerinnenstation in den Stockwerken 10, 11 und 16 verlegt. Die frühgeborenen Kinder werden auf der Neonatologie-Station im 4. Stock aufgenommen und dort entsprechend ihrem Gesundheitszustand behandelt. Wie in Kapitel 2.3.1b) erwähnt, gilt grundsätzlich, dass Kindern, welche nach der 24. vollendeten Schwangerschaftswoche geboren wurden, eine Überlebenschance attestiert wird. Die Klinik für Neonatologie vertritt die Haltung, dass das Kind bei der Adaptation bestmöglichst unterstützt wird, das Überleben jedoch nicht um jeden Preis, z.B. unter Inkaufnahme einer schweren Behinderung, angestrebt wird. Es wird darauf geachtet, wieviel Eigeninitiative und Lebenswille vom frühgeborenen Kind selbst kommt. Diese Haltung wird auch den Eltern kommuniziert. Alle Kinder, die vor der 33. Gestationswoche geboren wurden, kommen in die Isolette auf der Intensiv-Station, wo sie die nötige Überwachung bezüglich Sauerstoffsättigung und Herzfrequenz erhalten und die Körpertemperatur auf der richtigen Höhe gehalten wird. Ungefähr die Hälfte der im Intensivbereich der Station hospitalisierten Kinder müssen intubiert werden, die anderen erhalten beim Atmen Unterstützung durch CPAP (continuous positive airway pressure), welches eine kontinuierliche Sauerstoffzufuhr gewährleistet, jedoch deutlich weniger invasiv ist als eine Intubation. Sofern es der Gesundheitszustand des Neugeborenen erlaubt, können die Mütter, welche ihr Zimmer einige Stockwerke höher haben, ihr Kind zu sich ins Zim-

mer nehmen. Ist der Zustand des Neugeborenen nicht genügend stabil, besteht die Möglichkeit das Kind rund um die Uhr auf der Klinik für Neonatologie zu besuchen und - soweit möglich - aktiv bei der Pflege mithelfen. Ca. 75% der Frühgeborenen erhalten Muttermilch. Entweder stillen die Mütter ihre Kinder direkt oder sie pumpen die Milch regelmässig ab und diese wird dem Frühgeborenen über eine Magensonde zugeführt. Muss das Kind noch auf der Station betreut werden, wird zur Förderung der Mutter-Kind Beziehung nach Möglichkeit die Känguruh-Methode angewandt. Dabei wird das Frühgeborene aus der Isolette herausgenommen und der Mutter oder dem Vater für eine Stunde oder länger auf die nackte Brust gelegt. Die Eltern liegen dafür in einem bequemen Stuhl und werden mit dem Kind in eine warme Wolldecke gehüllt. Die Kinder und ihre Eltern kommen ein- bis zweimal täglich in den Genuss der Känguruh-Methode. Neben ärztlicher und pflegerischer Betreuung erhalten die Frühgeborenen regelmässige Physiotherapie. Für die Eltern besteht das Angebot von Seelsorge, welche sich bei allen Eltern auf der Station vorstellt; bei psychischen Krisensituation der Eltern wird der psychiatrische Notfalldienst des Hauses beigezogen.

Befindet sich das Kind trotz der intensiven medizinischen Betreuung in einem kritischen Zustand, wird mit den Eltern die Möglichkeit eines Abbruch der intensivmedizinischen Massnahmen besprochen. Ist diese Entscheidung auch auf ärztlicher Sicht nicht eindeutig, wird das in Kapitel 2.3.1b) beschriebene ethische Entscheidungsfindungsgespräch einberufen. Die Eltern werden während der gesamten Hospitalisationszeit laufend über den Zustand ihres Kindes informiert und auch auf die Möglichkeit des Versterbens vorbereitet. Zwischen 25 und 100 % der extrem frühgeborenen Kinder können trotz der neonatalen Intensivmassnahmen nicht überleben. Zeichnet sich ab, dass das Frühgeborene sterben wird, werden die Eltern durch die Pflege und die ärztlichen Bezugspersonen möglichst eng und behutsam begleitet. Sie werden über die Möglichkeit einer Taufe informiert. Diese kann vom Spitalpfarrer, einem von den Eltern organisierten Pfarrer oder im Sinne einer Nottaufe durch eine Fachperson von Pflege oder Medizin durchgeführt werden. Für die Sterbephase steht ein spezielles Elternzimmer zur Verfügung, in dem die Eltern sich in Ruhe von ihrem Kind verabschieden können. Das Kind wird angekleidet, aus der Isolette

genommen und den Eltern zum Sterben auf den Arm gegeben. In der Regel ist jemand vom Behandlungsteam im Elternzimmer anwesend und begleitet die Eltern durch diese Zeit. Sowohl vor als auch nach dem Tod des Kindes werden vom Frühgeborenen Fotos gemacht; diese können die Eltern entweder zu sich nehmen oder aber zu einem späteren Zeitpunkt abholen. Ebenso kann zur Erinnerung ein Fuss- oder Händeabdruck des Kindes angefertigt werden. Die Eltern haben die Möglichkeit, ihr verstorbenes Kind zusammen mit der Pflege zu waschen und anzuziehen. Das Frühgeborene wird dann in ein vorbereitetes Bettchen gelegt, die Eltern können Erinnerungsgegenstände wie ein Spielzeug oder ein Tierchen dazulegen. Ebenso werden sie ermutigt, eigene Kleidchen zu kaufen und ihrem Kind ein Andenken in den Sarg mitzugeben. Das verstorbene Kind kann noch einige Stunden im Elternzimmer bleiben, ebenso kann es während 1-2 Tagen noch auf der Station besucht werden. Die Eltern dürfen das verstorbene Kind auch auf die Wöchnerinnen-Abteilung mitnehmen um sich in Ruhe zu verabschieden (Klinik für Neonatologie, 2005).

Wenn die Eltern vom Spital nach Hause gehen, wird Ihnen von der Station eine Trauerkarte, die Namen und Telefonnummern der ärztlichen und pflegerischen Bezugspersonen sowie Adressen von Selbsthilfegruppen mitgegeben.

Nach ca. drei Monaten werden die Eltern zu einem Nachgespräch eingeladen. Bei diesem Gespräch sind nach Möglichkeit ein Arzt und eine Pflegefachperson anwesend. Sofern eine Obduktion durchgeführt wurde, wird den Eltern der entsprechende Befund mitgeteilt und die Eltern können für sie noch offene medizinische Fragen klären. In diesem Gespräch werden die Eltern auch nach ihrem psychischen Befinden gefragt und es wird abgeklärt ob sie weitere professionelle Hilfe benötigen. 80-90% der Eltern, die ihr Kind in der Klinik für Neonatologie verloren haben, nehmen dieses Gesprächsangebot in Anspruch. Vonseiten der Pflege werden alle Eltern, die ein frühgeborenes Kind verloren haben, ca. 2-3 Wochen nach dem Tod des Kindes telefonisch nach ihrem Befinden gefragt. Ebenso besteht das Angebot für eine ambulante seelsorgerische Nachbetreuung der Eltern.

## 2.4 Persönliche Reifung – Posttraumatic Growth

### 2.4.1 Einleitende Bemerkungen

Persönliche Reifung oder „posttraumatic growth“ nach einem belastenden Lebensereignis wird in der psychologischen Forschung seit ungefähr 20 Jahren untersucht. In den folgenden Kapiteln sollen einige wichtige Aspekte dazu näher beleuchtet werden. Während sich das *erste Unterkapitel* der Einbettung des Themas in einen grösseren theoretischen und historischen Zusammenhang widmet, werden im *zweiten Unterkapitel* die beiden aktuell gebräuchlichen Messinstrumente vorgestellt. Im *dritten Unterkapitel* wird das Modell „shattered assumption“ von Janoff-Bulman erläutert. Das *vierte Unterkapitel* geht der Frage nach, ob Persönliche Reifung eine reale Grösse ist oder eine Illusion, bzw. Selbsttäuschung der Betroffenen darstellt. Im *fünften Kapitel* wird der aktuelle Forschungsstand bezüglich möglicher Einflussvariablen auf „posttraumatic growth“ erläutert; das *sechste und letzte Unterkapitel* widmet sich dem Thema von Persönlicher Reifung nach dem Verlust des eigenen Kindes.

### 2.4.2 Historischer Hintergrund

Lange Zeit war der Hauptfokus der psychologischen Forschung und Theoriebildung auf die Schattenseiten der menschlichen Seele ausgerichtet: mit grossem Interesse wurden psychische Störungen, Auswirkungen von Belastungen auf die psychische Befindlichkeit und psychopathologische Phänomene untersucht. Die Neugierde für positive Phänomene im menschlichen Erleben und Verhalten erwachte erst Anfang der 80-er Jahre, als man sich im Rahmen der sogenannten „Positiven Psychologie“ dafür zu interessieren begann, was das Leben lebenswert macht und welche Charaktereigenschaften es Individuen erlauben, glücklich und erfolgreich zu leben (Ruch, 2006, S. 6). Verschiedene Forscher prägten Forschung und Theoriebildung in diesem Feld in den vergangenen Jahren mit interessanten Ansätzen massgeblich und nachhaltig. So beschäftigte sich Csikszentmihalyi (1992) mit dem Phänomen von *Flow*, einem Gefühl von Glück, in dem sich

der Mensch in einem Zustand von völligem Einssein mit seiner momentanen Tätigkeit befindet und dabei Zeitgefühl und das Bewusstsein seiner selbst verliert. Antonovsky prägte den Begriff der *Salutogenese*, als er feststellte, dass Menschen auch sehr belastende Ereignisse ohne bleibende psychische Schädigung überstehen, wenn sie über einen genügend hohen *Kohärenzsinn* verfügen. Diesen definierte er als ein beständiges und gleichzeitig dynamisches Gefühl von Vertrauen, dass die Ereignisse, die einem im Laufe des Lebens widerfahren, vorhersehbar und verstehbar sind, dass man die nötigen Ressourcen zur Verfügung hat, um die Anforderungen des Lebens zu meistern und dass diese Anforderungen Herausforderungen sind, die es wert sind, sich für sie zu engagieren (Antonovsky, 1987). In diesem Zusammenhang wurden der Begriff der Resilienz, d.h. der psychischen Widerstandskraft und Belastbarkeit eines Menschen sowie Forschungsarbeiten zum Thema „Protektive Faktoren“ wichtig (Rutter, 1987; Werner, 1995). Aktuell wird die Positive Psychologie von Persönlichkeiten wie Martin Seligmann oder Ed Diener geprägt und weiterentwickelt (Ruch, 2006, S. 6).

Das Phänomen von „posttraumatic growth“ oder Persönlicher Reifung begann die psychologische Forschung ungefähr in derselben Zeit zu interessieren, in der auch die Bewegung der Positiven Psychologie entstand. Wie im Begriff „posttraumatic growth“ schon enthalten, wurde man im Rahmen der Traumaforschung darauf aufmerksam, dass belastende oder traumatische Erlebnisse nicht nur negative Auswirkungen haben, sondern Betroffene auch - meist in zunehmendem zeitlichem Abstand vom Erlebnis - über positive Aspekte einer solchen Erfahrung berichten. „Posttraumatic growth“ oder Persönliche Reifung wird heute übereinstimmend als subjektiv wahrgenommene positive Veränderungen, die das Ergebnis der kognitiven und emotionalen Verarbeitung von aversiven Ereignissen darstellen, definiert (Maercker & Langner, 2001, S. 154).

Erste theoretische Ansätze lassen sich schon in den 60- er Jahren finden. Als erster formulierte Caplan (1964; zit. nach Park et al., 1996, S. 72) in seiner „crisis theory“ die Annahme, dass belastende Lebensereignisse das Potential von persönlichem Wachstum in sich bergen. Der Psychologe Frankl (1982) berichtet in einer eindrücklichen, authentischen Erzählung über seine Erlebnisse im Konzentrationslager, wo er auch unter den misslichsten

Umständen immer wieder Hoffnung und Zuversicht fand und ihn die Gewissheit einer Sinnhaftigkeit des Erlebten aufrecht hielt. Taylor (1983) betont in ihrem Modell der kognitiven Anpassung den Wert von positiver Neubewertung von belastenden Ereignissen. Andere Theoretiker wie Janoff-Bulman (1992) gehen davon aus, dass ein traumatisches Lebensereignis die Grundannahmen und -werte eines Menschen erschüttern, diese jedoch im Laufe der Zeit durch aktive Adaptionsprozesse in etwas veränderter Form wieder aufgebaut werden. Auch in der empirischen Literatur finden sich zahlreiche Studien, welche belegen, dass Menschen nach einem kritischen Lebensereignis wie dem Verlust eines nahen Angehörigen, des eigenen Kindes, einer Krebs- oder HIV-Diagnose oder schwerwiegenden gesundheitlichen Problemen über positive Aspekte wie verbesserte soziale Beziehungen, ein positiveres Selbstbild oder bessere Coping-Strategien berichten. (Affleck & Tennen, 1996; Bellizzi, 2004; Calhoun & Tedeschi, 1990; Edmonds, & Hooker, 1992; Davis & McKearney, 2003; McIntosh, Cohen Silver & Wortman, 1993; Milam, 2005, Park, Cohen & Murch, 1996; Polatinsky & Esprey, 2000; Uren & Wastell, 2002; Wheeler, 1994).

### 2.4.3 Messinstrumente

Die bis in die 90-er Jahren durchgeführten empirischen Studien waren meist mit gravierenden methodischen Mängeln behaftet, so dass Forschungsergebnisse kaum miteinander verglichen werden konnten (Park et al., 1996, S. 72). Dies rief die Forderung nach wissenschaftlich abgesicherten Messinstrumenten auf den Plan. Als erste entwickelten Park et al. (1996, S. 78) anhand der drei von Schaefer und Moos (1992) gefundenen Aspekte von Persönlicher Reifung (bessere soziale Ressourcen wie Vertiefung der Beziehungen zu Freunden und Familie; bessere persönliche Ressourcen, z.B. positiveres Selbstkonzept sowie neue oder bessere Coping-Strategien, z.B. verbesserte Fähigkeit zur Problemlösung) einen validierten Fragebogen, die „*Stress Related Growth Scale*“ SRGS. Dieser besteht aus 50 Items, welche sich auf die drei oben genannten Aspekte von posttraumatic growth beziehen.



Ein zweiter Fragebogen wurde von Tedeschi & Calhoun (1996, S. 455) entwickelt. Der „*Posttraumatic Growth Inventory*“ PTGI besteht aus 21 Items, welche sich auf die fünf Themenbereiche „neue Möglichkeiten“, Beziehungen zu anderen“, „Persönliche Stärken“, „Wertschätzung des Lebens“, „Religiöse Veränderungen“ beziehen. Sowohl die englische als auch die deutsche Version sind validiert (Maercker & Langner, 2001, S.156) und werden in aktuellen Studien gezielt eingesetzt.

#### **2.4.4 „Shattered-Assumptions“ - Modell von Janoff-Bulman**

Wie erwähnt wird Persönliche Reifung als subjektiv wahrgenommene positive Veränderungen, welche aus der kognitiven und emotionalen Verarbeitung von aversiven Ereignissen resultieren, definiert. Damit stellt sich die Frage, welche kognitiven und emotionalen Prozesse bei den Betroffenen stattfinden und wie die Wahrnehmung von positiven Veränderungen zustande kommt.

Janoff-Bulman (1992) hat diese Prozesse in ihrem bemerkenswerten und weithin Beachtung findenden Model „shattered-assumption“ zu beschreiben versucht. Das Modell geht davon aus, dass der Mensch von stabilen, meist unbewussten Annahmen über sich selbst, das Leben und der Welt ausgeht. Diese Annahmen umfassen die Prämissen, dass das Leben einem gut gesinnt und sinnvoll ist und die eigene Person wertvoll sei. Die Annahmen sind in der Regel sehr stabil und relativ unbeeinflussbar durch die täglichen Realitäten, auch wenn diese das Gegenteil beweisen mögen (Janoff-Bulman, 1992, S. 6). Sie bieten dem Individuum durch die Möglichkeit einer inneren Ordnung und die Illusion von Unverwundbarkeit Orientierung und Schutz und ermöglichen ihm, Herausforderungen gelassen und vertrauensvoll anzugehen. Durch ein unerwartetes und traumatisierendes Ereignis - z.B. durch eine Bedrohung von Leib und Leben - zerbricht diese innere Schutz bietende Wert- und Weltordnung eines Menschen und er wird sich unvermittelt und mit Erschrecken seiner eigenen Verletzlichkeit bewusst. Meist sind es Ereignisse, die die Person in ihrer physischen Existenz bedrohen wie ein Unfall, eine tödliche Krankheit oder eine Naturkatastrophe. Aber auch weniger schwerwiegende Ereignisse können je nach

Vorgeschichte und psychischer Disposition die psychische und physische Integrität bedrohen und für den Betroffenen traumatisierend sein. Die unerwartete Auflösung der bisher geltenden Annahmen löst in der Regel grosse Ohnmacht sowie Verunsicherung und Orientierungslosigkeit aus. Die betroffene Person befindet sich innerlich und bildlich gesprochen zwischen zwei sicheren Küsten auf offenem Meer: die alte Ordnung gilt nicht mehr, eine neue ist noch nicht vorhanden. Es ist die Herausforderung dieser Situation, die erlebte Traumatisierung zu integrieren und ein neues inneres Weltbild zu schaffen, das wieder Halt und Sicherheit gibt. Hier sind in der Regel folgende kognitive und emotionale Prozesse zu beobachten:

- In einer ersten Zeit wechselt das innere Erleben des Betroffenen zwischen *Betäubung* und *Wiedererleben* dessen, was geschehen ist. Intrusionen und Vermeidungsverhalten sind bezeichnend für eine Posttraumatische Belastungsstörung und werden bei starker Ausprägung als pathologisch angesehen. Laut Janoff-Bulman (1992, S. 95) haben sie jedoch eine wichtige Funktion: indem das Individuum das Erlebte kognitiv und emotional vermeidet, entsteht ein Schutzraum – die Intrusionen hingegen zwingen es, sich mit dem Erlebten auseinanderzusetzen.
- Ausgehend von der Annahme, dass die Wiederherstellung des Bildes einer gütigen, vorhersehbaren Welt nach einem traumatisierenden Erlebnis für das innerpsychische Gleichgewicht eines Menschen von essentieller Bedeutung ist und damit aktiv angestrebt wird, beginnt schon relativ früh der Prozess einer kognitiven *Neubewertung* des Erlebten und damit die Suche nach positiven Aspekten. Hier kommen laut Janoff-Bulman (1992, S. 115-140) drei Strategien zum Zug:
  - a) die Person vergleicht sich mit anderen Menschen, die ähnliches erlebt haben wie sie. In der Regel erfolgt der Vergleich mit Personen, denen es noch schlechter geht, was der Stabilisierung des eigenen Selbstwertes dient.
  - b) Der Betroffene fragt sich nach dem eigenen Anteil am Erlebten. Obwohl dies oft mit Schuldgefühlen verbunden ist, verhilft diese Frage doch zu einem Gefühl von grösserer Selbstkontrolle im Sinne von „was hätte ich anders machen können?“ und unterstützt den

Betroffenen in der Wiederherstellung des Gefühls einer verstehbaren, sinnvollen Welt.

- c) Die dritte und wichtigste Strategie ist diejenige der Suche des „Nutzens“ oder Sinns des Erlebten. Indem dem traumatischen Erlebnis ein Sinn gegeben wird, verliert es einen Teil seines Schreckens - es war sozusagen für etwas gut. Die Suche nach dem Sinn bezieht sich in der Regel auf den Nutzen für die eigene Person und das eigene Leben sowie auf den Nutzen für andere. Bei der Frage nach dem Sinn für einen selbst wird von Betroffenen oft über eine andere Sicht des Lebens berichtet: Das Leben wird mehr wertgeschätzt und weniger selbstverständlich genommen, Prioritäten werden neu gesetzt. Ebenso wird die eigene Person durch die Erfahrung neu wahrgenommen und Betroffene berichten u.a., sich ihrer eigenen Kraft besser bewusst zu sein. Den Nutzen für andere sehen Betroffene oft darin, dass sie empathischer sind für das Leid anderer und sich für Menschen in ähnlichen Situationen persönlich engagieren wollen. So interpretierten z.B. Opfer aus Konzentrationslagern ihr Erleben als wichtig im Sinne eines Zeugnisses für die Nachwelt.

- Im Prozess der Integration und Neubewertung ist das *soziale Umfeld* von grosser Bedeutung. Betroffene werden durch Ansichten und Anregungen von aussen in ihrem Prozess unterstützt und erfahren in ihrer schwierigen Situation Solidarität. Fehlt diese oder werden die Betroffenen aufgrund von eigenen Ängsten von ihrer Umgebung zurückgewiesen oder ignoriert, kann es jedoch zu einer sekundären Traumatisierung kommen (Janoff-Bulman, 1992, S. 143).

Gelingt der Prozess der Integration und Verarbeitung eines Traumas, so stellt sich für die Betroffenen das Bild einer wohlwollenden und vorhersehbaren Welt und des eigenen Wertes wieder her. Dieses Bild ist meist weniger stabil und unverrückbar in einem absoluten Sinn als vorher und beinhaltet immer auch die Möglichkeit von erneuten Erschütterungen und das Bewusstsein der eigenen Fragilität (Janoff-Bulman, 1992, S. 175).

Das Modell von Janoff-Bulman zeigt in differenzierter und überzeugender Weise die Grundbedingungen für die Verarbeitung und Integration eines traumatischen Erlebnisses. Persönliche Reifung entsteht durch den Prozess

von positiver Neubewertung des Erlebten. Dieser Prozess scheint für Betroffene eine Notwendigkeit zu sein, um in sich ein stabiles und Halt gebendes inneres Bild der Welt wiederzustellen, ohne welches wir offenbar nur schlecht leben können.

#### **2.4.4 Persönliche Reifung - Realität oder Illusion?**

Aus dem Modell von Janoff-Bulman wird klar, welche wichtige Rolle kognitive Prozesse bei der Entstehung von Persönlicher Reifung haben. Dies löst verschiedene, auch in der Forschungsliteratur diskutierte Fragen aus:

- a) Ist das Phänomen der Persönlichen Reifung und die damit verbundene kognitive Neubewertung Realität oder Ausdruck eines Verdrängungsmechanismus? Deutet sie eventuell auf eine fehlende Verarbeitung des Erlebten hin (Affleck & Tennen, 1996, S. 902)?
- b) Ist sie real oder eine Verzerrung, bzw. Illusion (Maercker & Zoellner, 2004, S. 43; Smith & Cook, 2004, S. 353)?
- c) Stimmen Eigen- und Fremdeinschätzung von Persönlicher Reifung überein, d.h. erleben aussen stehende Personen den Betroffenen in seinem Einstellungen und seinem Erleben auf gleiche Art und Weise verändert wie er sich selbst (Park et al., 1996, S. 85)?

Diesen drei Aspekten wurde in verschiedenen Studien nachgegangen.

##### ***Zu a): Persönliche Reifung als Realität oder Ausdruck von Verdrängung?***

Die Ergebnisse früherer Forschungsarbeiten sprechen dafür, dass Persönliche Reifung ein von anderen Variablen wie Depressivität oder psychischer Belastung unabhängiges Konstrukt ist und die von den Betroffenen angegebenen Veränderungen real sind (Affleck & Tennen, 1996, S. 902 - 903). So stellten Affleck, Howard & Rowe (1991, S. 33) fest, dass das Ausmass, in welchem Mütter nach der Geburt eines frühgeborenen Kindes einen Sinn in dieser belastenden Erfahrung finden konnten, weder zum Zeitpunkt der Spitalentlassung noch 18 Monate später einen Zusammenhang zu ihrer Stimmung, dem Ausmass an Depressivität und ihrem Kompetenzgefühl hatte. Ebenso kamen Tedeschi & Calhoun (1996, S. 468) zum Ergebnis, dass Menschen nach einer traumatischen Erfahrung sowohl über positive als auch über negative Auswirkungen des Erlebnisses auf ihr Leben berichte-

ten. Die aktuelle Datenlage bezüglich Persönlicher Reifung und psychischer Befindlichkeit sieht etwas anders aus. Wie Linley & Joseph (2004) in einer Übersichtsarbeit zeigen konnten, scheint es aufgrund der Ergebnisse der wichtigsten Studien in diesem Bereich nachgewiesen, dass Persönliche Reifung die psychische Befindlichkeit der Betroffenen eindeutig verbessert. Umgekehrt erleichtert eine Abnahme von Symptomen von psychischer Belastung jedoch nicht unbedingt Persönliche Reifung. Obwohl diese Resultate auf den ersten Blick darauf hinzuweisen scheinen, dass Persönliche Reifung in einem engen Zusammenhang mit psychischer Belastung steht und damit kein eigenständiges Konstrukt ist, kommen auch Linley & Joseph aufgrund der vielfältigen und teilweise komplexen Zusammenhänge zwischen psychischem Belastetsein und Persönlicher Reifung zum Schluss, dass Persönliche Reifung und psychische Belastung nicht die beiden Enden eines Kontinuums bilden, sondern zwei voneinander unabhängige Konstrukte sind (Linley & Joseph, 2004, S. 18). Damit scheinen die Ergebnisse früherer Forschungsarbeiten, dass Persönliche Reifung nicht einfach ein Ausdruck eines Verdrängungsprozesses ist, sondern eine tiefer gehende kognitive Anpassungsleistung an ein erlebtes Trauma darstellt, bestätigt.

### ***Zu b) Persönliche Reifung als Realität oder Illusion?***

Einen in diesem Zusammenhang interessanten Ansatz haben Maercker & Zoellner (2004) entwickelt. Sie gehen von einem Zwei-Komponenten-Modell von Persönlicher Reifung aus und sprechen vom „Janus-Gesicht“ dieses Phänomens. Aufgrund der empirischen Befundlage leiten sie ab, dass sich in Persönlicher Reifung, die ja immer auf einer Selbsteinschätzung des Betroffenen beruht, einerseits eine tatsächlich stattfindende kognitive Neubewertung der Situation, des Lebens und die eigenen Person widerspiegelt, Persönliche Reifung jedoch auch auf einer illusionären Komponente beruht. Sie nehmen an, dass die illusionäre Komponente der Verleugnung des traumatisierenden Erlebnisses entspricht und eine Art Selbstschutz im Sinne einer Coping-Strategie von Selbstberuhigung darstellt (Maercker & Zoellner, 2004, S. 45). Dieser Mechanismus kann gleich nach einem erlebten Trauma eine sinnvolle und funktionale Strategie sein; persistiert sie über längere Zeit, verunmöglicht sie jedoch eine aktive Auseinandersetzung mit dem Erlebten und damit dessen Integration. Die realistische, konstruktive und selbst transformierende Komponente von Per-

sönlicher Reifung hingegen ist sowohl auf kürzere als auch auf längere Sicht mit einer guten Verarbeitung des Traumas und mit Wohlbefinden assoziiert und widerspiegelt eine aktive Bemühung um Auseinandersetzung mit dem Erlebten. Es wird davon ausgegangen, dass bei einer erfolgreichen Verarbeitung eines belastenden Lebensereignisses die konstruktive, aktive Komponente zunimmt, während der illusionäre Anteil abnimmt (Maercker & Zoellner, 2004, S. 45).

### ***Zu c): Selbst- und Fremdeinschätzung von Persönlicher Reifung***

Park et al. (1996) konnten nachweisen, dass die Selbst- und Fremdeinschätzung von Persönlicher Reifung eine signifikante, wenn auch nicht allzu grosse Übereinstimmung von 0.2 zeigte, was die Autoren bei diesem doch sehr persönlich gefärbten Thema als ermutigendes Resultat interpretieren (Park et al. 1996, S. 85). Weiss fand in einer Studie mit Krebspatientinnen und deren Ehepartner in Bezug auf die Selbst- und Fremdeinschätzung von Persönlicher Reifung gar signifikante Übereinstimmungen von 0.5 (Weiss, 2002, S. 65). Hier ist jedoch kritisch auf den hohen Vertrautheitsgrad zwischen Ehepartnern hinzuweisen, welcher dieses Resultat verzerren mag.

*Zusammenfassend* kann gesagt werden, dass man heute beim Phänomen der Persönlichen Reifung von einem eigenständigen, unabhängigen Konstrukt ausgeht, welches einen realen innerpsychischen Anpassungsprozess nach einer belastenden Lebenserfahrung abbildet und weder Ausdruck eines Verdrängungsprozesses noch Ausdruck einer Verzerrung der Realität ist, sondern auch von aussen stehenden Personen als reale Veränderung der betroffenen Person wahrgenommen wird.

An Anbetracht der Wichtigkeit von kognitiven Prozessen bei der Entstehung von Persönlicher Reifung sind noch die Befunde zu den Zusammenhängen zwischen Persönlicher Reifung und Religiosität sowie Selbstkomplexität erwähnenswert. In verschiedenen Forschungsarbeiten stellte man fest, dass eine intrinsisch motivierte religiöse Einstellung die Sinnsuche und das Entstehen von Persönlicher Reifung erleichtert und fördert (McIntosh et al., 1993, S. 812; Park et al., 1996, S. 96). Betrachtet man Religiosität als kognitives Konstrukt, das die Grundlage für den individuellen Lebenssinn eines Menschen bildet, ist nachvollziehbar, dass ein solch kohärentes, prägnantes Glaubenssystem eine Kraftquelle in der Suche nach positiven

Aspekten eines belastenden Lebensereignisses darstellt. Ebenso scheint eine komplexe, kognitiv und emotional differenzierte Persönlichkeit einen Puffer für stressbedingte psychische Belastungen darzustellen, indem sie es dem Individuum ermöglicht, die Dinge aus verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten und unterschiedliche Facetten eines Ereignisses zu sehen (Linville, 1987, S. 663). Dies wiederum kann die kognitive Neuwertung eines belastenden Lebensereignisses und damit die Entstehung von Persönlicher Reifung erleichtern.

#### **2.4.6 Einflussvariablen auf Persönliche Reifung**

Die Suche nach Variablen, welche die Entstehung von Persönlicher Reifung nach einem Trauma oder einem Verlust beeinflussen, begann Mitte der 90-er Jahre die Entwicklung der ersten validierten Fragebogen. Als erste untersuchten Park et al. (1996) und Affleck & Tennen (1996) mögliche Zusammenhänge zwischen Persönlicher Reifung und Persönlichkeitseigenschaften. Park et al. fanden in einer longitudinalen Studie mit Studenten folgende Zusammenhänge: nach einem belastenden Lebensereignis berichten Menschen, die über eine intrinsische religiöse Einstellung, positive Affektivität, ein hohes Mass an Optimismus sowie Zufriedenheit mit der erhaltenen sozialen Unterstützung verfügen, vermehrt über positive Lebensveränderungen durch die gemachte Erfahrung. Ebenso sind die Coping-Strategien Akzeptanz, positive Neubewertung, Suche nach emotionaler Unterstützung sowie religiöses Coping positiv mit Persönlicher Reifung assoziiert. Die Forscher fanden des weiteren einen positiven Zusammenhang zwischen Persönlicher Reifung und positiven Ereignissen, die nach dem belastenden Ereignis stattgefunden haben, was dafür spricht, dass positive Ereignisse ein belastendes Erlebnis bis zu einem gewissen Grad abpuffern und Persönliche Reifung begünstigen (Park et al., 1996, S. 92). Affleck & Tennen kommen in einer ersten Literaturübersicht zum Schluss, dass eine grundsätzlich optimistische und hoffnungsvolle Einstellung sowie die Persönlichkeitseigenschaften Extraversion und Offenheit für neue Erfahrungen Persönliche Reifung bei Menschen mit gesundheitlichen Problemen fördern und ermöglichen (Affleck & Tennen, 1996, S. 910-913).

Eine etwas neuere Literaturübersicht von Linley & Joseph (2004) bestätigt die Befunde von Affleck und Tennen und erweitert diese um einige weitere interessante Erkenntnisse:

### ***Art und Einschätzung des Traumas***

Der Zusammenhang zwischen der Art des Traumas und Persönlicher Reifung ist bislang nicht geklärt. Zwar gibt es Studien, welche auf solche Zusammenhänge hinweisen, insgesamt sind die Aussagen jedoch widersprüchlich, so dass man davon ausgeht, dass nicht die Natur des Ereignisses, sondern vielmehr die Art und Weise der Betroffenen, damit umzugehen einen Einfluss auf das Finden von positiven Aspekten hat (Linley & Joseph, 2004, S. 15). Hingegen scheint die Einschätzung des Ereignisses durch die Betroffenen einen Einfluss auf Persönliche Reifung zu haben. Aus einem belastenden Ereignis, dass als mittelschwer eingestuft wird, scheinen die Betroffenen mehr persönlichen Nutzen zu ziehen als aus wenig oder sehr belastenden Erlebnissen. Ebenso ist das Vorhandensein eines Gefühls von Kontrolle über das Ereignis mit höheren Reifungswerten verbunden (Linley & Joseph, 2004, S. 16).

### ***Geschlechtsunterschiede und Alter***

In fast allen bislang durchgeführten Studien wurden bei Frauen höhere Reifungswerte gefunden als bei Männern (Bellizzi, 2004; Büchi et al., 2006; Milam; 2005, Park et al., 1996; Weiss, 2002). Erklärt wird diese Tatsache damit, dass Frauen geübter sind in der Wahrnehmung ihrer Gefühle und durch diese Fähigkeit zur Introspektion der Reifungsprozess gefördert wird (Park et al., 1996, S. 95). Ebenso weisen jüngere Menschen in der Regel höhere Reifungswerte auf als ältere, wobei hier die Datenlage weniger klar ist (Polatinsky & Esprey 2000; Linley & Joseph, 2004, S. 16).

### ***Persönlichkeitseigenschaften***

In Bezug auf Persönlichkeitseigenschaften bestätigt sich das Mitte der 90-er Jahre entstandene Bild: Extraversion, Offenheit für neue Erfahrungen sowie auch Sorgfalt und Verträglichkeit, vier wichtige Eigenschaften in der Persönlichkeitspsychologie, sind eindeutig positiv mit hohen Reifungswerten assoziiert, während zwischen Reifung und Neurotizismus ein negativer Zusammenhang besteht. Ebenso scheinen Menschen mit einem hohen Ausmass an Selbstwirksamkeit, Widerstandsfähigkeit, Selbstvertrauen und



Optimismus nach einem belastenden Lebensereignis mit grösserer Wahrscheinlichkeit zu reifen (Linley & Joseph, 2004, S. 16).

### ***Coping-Strategien und Soziale Unterstützung und Religion***

Personen, die in einer belastenden Lebenssituation emotionsfokussiertes, problemfokussiertes oder religiöses Coping anwenden, berichten mit grösserer Wahrscheinlichkeit über persönliche Reifung. Ebenso besteht ein positiver Zusammenhang zwischen dem Ausmass an Zufriedenheit mit erhaltener sozialer Unterstützung und Reifung. Einen positiven Einfluss auf die Entstehung von Persönlicher Reifung haben auf die Teilnahme an religiösen Aktivitäten sowie intrinsische Religiosität (Linley & Joseph, 2004, S. 16).

*Zusammenfassend* und etwas vereinfachend kann gesagt werden, dass Frauen, jüngere Menschen und extravertierte, optimistische, selbstbewusste und hoffnungsvolle Personen nach einem belastenden Lebensereignis mit grösserer Wahrscheinlichkeit persönlich reifen. Ebenso stehen religiöse sowie emotionsfokussierte und problemfokussierte Coping-Strategien in einem positiven Zusammenhang mit Persönlicher Reifung. Weitere wichtige Einflussvariablen auf posttraumatic growth sind die Zufriedenheit mit der erhaltenen sozialen Unterstützung sowie eine religiöse Lebenseinstellung.

## **2.4.7 Persönliche Reifung nach dem Verlust eines Kindes**

Obwohl zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen zu Persönlicher Reifung nach verschiedenen Arten von belastenden Lebensereignissen existieren, haben bislang nur wenige Autoren die Frage von Persönlicher Reifung nach dem Verlust des eigenen Kindes als spezifisches traumatisches Ereignis untersucht.

Zwei etwas ältere und zwei neuere Studien sollen im Folgenden vorgestellt werden:

McIntosh et al. (1993) gingen der Frage nach der Bedeutung von Religiosität für die Verarbeitung des Verlustes des eigenen Kindes nach. Dafür be-

fragten sie 124 Eltern, die ihr Kind an SIDS verloren hatten, 3 Wochen und 18 Monate nach dem Verlust. Die Eltern wurden mittels geschlossenen Interviewfragen und Fragebogen in Bezug auf folgende Variablen untersucht: Teilnahme an religiösen Aktivitäten, Wichtigkeit von Religion für die Person, die drei Coping-Strategien wahrgenommene soziale Unterstützung, Sinnfindung und kognitive Verarbeitung sowie Wohlbefinden bzw. psychische Belastung. Wie von den Autoren angenommen, zeigte sich ein positiver Zusammenhang zwischen der Teilnahme an religiösen Aktivitäten und der wahrgenommenen sozialen Unterstützung sowie zwischen der Wichtigkeit von Religion für die Person und dem Ausmass an kognitiver Verarbeitung und Sinnfindung. Ebenso waren 18 Monate nach dem Verlust die drei Coping-Strategien positiv mit dem Wohlbefinden, bzw. negativ mit psychischer Belastung assoziiert. McIntosh et al. interpretieren diese Ergebnisse dahingehend, dass die Betroffenen durch die Teilnahme an religiösen Aktivitäten mehr soziale Unterstützung erfahren. Ebenso scheinen Personen, die über ein stabiles inneres Glaubenssystem verfügen und sich in dessen Rahmen mit dem Thema Tod und Vergänglichkeit auseinandergesetzt haben, über bessere Möglichkeiten einer aktiven kognitiven Verarbeitung des traumatischen Erlebnisses zu verfügen, dieses besser in ihr Wertesystem zu integrieren zu können und schneller einen Sinn darin zu finden. So tragen sowohl aktives Praktizieren von Religion als auch eine starke innere religiöse Überzeugung über wirksame Coping-Strategien zu einer besseren Verarbeitung des Traumas und weniger psychischer Belastung bei (McIntosh, 1993, S. 819).

Wheeler (1994) interessierte sich für den Zusammenhang von Trauer und Lebensinhalt bei Eltern nach dem Verlust eines Kindes. Dafür befragte sie 203 Eltern einer Selbsthilfegruppe, die ihr Kind verloren hatten. Das Alter der verstorbenen Kinder lag zwischen 0 - 48 Jahren; der Verlust lag zwischen einem Monat und über 40 Jahre zurück. Todesursachen waren Unfälle (45%), Krankheiten (42%), Suizid (9%) sowie Ermordung (4%). In Übereinstimmung mit anderen Untersuchungen zeigte sich, dass die Mütter deutlich mehr Trauer angaben als die Väter. Beim Wiederfinden eines Lebensinhalts hingegen zeigten sich keine Geschlechtsunterschiede. Mit zunehmendem Zeitabstand vom Verlust gaben signifikant mehr Eltern an, wieder einen Lebenssinn gefunden zu haben. Ebenso berichteten Eltern,

die ihr Kind durch Suizid verloren hatten und Eltern, die ein Einzelkind verloren hatten, ein geringeres Mass an Lebensinhalt an als Eltern, deren Kind durch eine andere Ursache verstorben war oder Eltern, die noch andere Kinder hatten. Der Verlust von mehr als einem Kind hatte ebenfalls eine negative Auswirkung auf das Ausmass an wieder gefundenem Lebensinhalt. Dies bedeutet, dass gewisse Situationen des Verlustes besonders belastend sind für Eltern und das Finden von neuen Lebensinhalten erschweren. Gleichzeitig bestätigen die Befunde dieser Studie, auch wenn sie aufgrund der inhomogenen (unterschiedliches Alter der Kinder und grosse Unterschiede in den Zeitabständen seit dem Verlust) und gleichzeitig sehr spezifischen Stichprobe (Rekrutierung aus einer Selbsthilfegruppe) kritisch zu beurteilen sind, die Resultate anderer Untersuchungen, wonach der Verlust eines Kindes für Eltern zwar sehr belastend ist, diese sich jedoch im Verlauf der Zeit von diesem Trauma erholen und für sich neue Perspektiven und neue Lebensinhalte finden können (Wheeler, 1994, S. 269).

In einer etwas neueren Studie untersuchten Polatinsky & Esprey (2000) den Zusammenhang zwischen dem Verlust eines Kindes und Persönlicher Reifung. Die befragten dafür 67 Eltern mittels des PTGI, die ihr Kind 8 Monate bis 8 Jahre davor verloren hatten. Die Todesursachen waren Suizid (42%), Verkehrsunfälle (38%), Mord (11%), Krankheit (5%) sowie sonstige (4%). Die Eltern wurden wiederum aus einer Selbsthilfegruppe rekrutiert. Bei allen Eltern zeigten sich hohe Reifungswerte, jedoch waren anders als in anderen Studien keine signifikanten Unterschiede zwischen Müttern und Vätern feststellbar. Des Weiteren war ein positiver Zusammenhang zwischen Reifung und der verstrichenen Zeit seit dem Verlust feststellbar. Eltern die ihr Kind durch eine Krankheit verloren hatten, gaben höhere Reifungswerte an als Eltern, die ihr Kind durch Suizid, Mord oder einen Unfall verloren hatten. Ebenso wiesen verheiratete und jüngere Eltern tendenziell höhere Reifungswerte auf. Die Befunde dieser Studie sind vergleichbar mit den Resultaten aus anderen Untersuchungen mit Ausnahme des fehlenden Geschlechtsunterschiedes. Diesen erklären die Autoren mit der Stichprobenwahl: Väter die an einer Selbsthilfegruppe teilnehmen sind vermutlich offener für soziale Unterstützung und Austausch mit anderen

Betroffenen, was den Reifungsprozess unterstützen kann (Polatinsky & Esprey, 2000, S. 715).

Eine auf theoretischer Basis sehr interessante Untersuchung wurde von Uren & Wastell (2002) in Australien durchgeführt. Dabei gingen sie von folgenden drei Annahmen aus:

- a) Mütter bauen zu ihrem noch ungeborenen Kind schon während der Schwangerschaft eine intensive Bindung auf; der Verlust des Kindes durch die Auflösung dieser Bindung ist mit den Symptomen von Betäubung, Sehnsucht, Verzweiflung und Reorganisation verbunden (Kapitel 2.2.2 Exkurs Trauer). Mütter erhalten die innere Beziehung zum verstorbenen Kind auch Jahre nach dem Verlust noch aufrecht.
- b) Der perinatale Verlust eines Kindes stellt ein Trauma dar, welches vorbestehende fundamentale Wertvorstellungen erschüttert und eine intensive Suche nach Sinn auslöst. Zur Wiederherstellung der inneren Wertvorstellungen kommen die drei von Janoff-Bulman beschriebenen Coping-Strategien Abwärtsvergleich, Suche nach dem eigenen Anteil und Sinnsuche zur Anwendung.
- c) Die Intensität der Trauer steht in einem negativen Zusammenhang mit dem Kohärenzgefühl, der Bindungssicherheit, einer spirituellen Orientierung sowie dem Finden von Sinn.

In der Studie wurden 108 Mütter, die ihr Kind aufgrund einer Frühgeburt oder von SIDS verloren hatten, u.a. in Bezug auf Trauer, Kohärenzsinn, Spiritualität, Symptome von Traumatisierung sowie der Bindungsintensität zum verlorenen Kind befragt. Der Verlust lag zwischen 2 Monaten bis 17 Jahren zurück.

Wie erwartet, zeigte sich, dass der Verlust des Kindes bei den Müttern die unter Punkt a) beschriebenen intensiven Trauersymptome auslöste und die Beziehung zum verstorbenen Kind von den Müttern innerlich auch Jahre nach dem Verlust noch weitergepflegt wurde. Damit bestätigte sich die Annahme, dass Mütter auch zu einem noch ungeborenen Kind eine intensive Beziehung und Bindung aufbauen. Ebenso zeigte sich, dass der Verlust des Kindes bei den Müttern die bei einem traumatisierenden Erlebnis erwarteten drei Coping-Strategien auslöste (s. Punkt b)). Die dritte Annahme bestätigte sich nur teilweise: ein hohes Kohärenzgefühl, und das Finden von Sinn hatten eine Abnahme der Trauer zur Folge, umgekehrt

war bei einer hohen Suche nach Sinn auch die Trauerintensität hoch. Spiritualität hatte keinen Einfluss auf die erlebte Trauer der Mütter (Uren & Wastell, 2002, S. 300-302).

Diese Untersuchung ist insofern interessant, als sie ein theoretisches Verständnis für die Trauerreaktion Mütter, bzw. von Eltern überhaupt nach einem perinatalen Verlust ermöglicht und die Gründe der Trauerreaktion und der Sinnsuche nach einem solchen Ereignis vor dem Hintergrund von Bindungs- und Trauma-Theorien ermöglicht.

### ***Zusammenfassung:***

Der aktuelle Forschungsstand bezüglich Persönlicher Reifung nach dem Verlust eines frühgeborenen Kindes ist wenig konsistent, da in den verschiedenen Studien sehr unterschiedliche Fragestellungen untersucht wurden. Allen Studien gemeinsam ist, dass Eltern nach dem Verlust ihres Kindes – vermutlich in Abhängigkeit von der verstrichenen Zeit seit dem Verlust – einen Sinn im Erlebten finden und über positive Veränderungen im Sinne von Persönlicher Reifung berichten. Bei den Müttern ist das Ausmass an Persönlicher Reifung in den meisten Studien grösser als bei Vätern. Ebenso dürfte die Todesursache des Kindes eine Rolle zu spielen: Tod durch Suizid ist besonders belastend für Eltern und erschwert den Prozess der Entwicklung von Reifung. Des Weiteren bestehen einige theoretische Grundlagen die das Verständnis für Reifungsprozesse ermöglichen: Empirische Daten deuten darauf hin, dass eine innere religiöse Grundeinstellung, aktives Praktizieren von Religion sowie ein hohes Kohärenzgefühl Persönliche Reifung nach dem Verlust des eigenen Kindes erleichtern.

## 2.5 Qualitative Forschung

### 2.5.1 Einleitende Bemerkungen

In einem *ersten Unterkapitel* werden die Merkmale von quantitativer und qualitativer Forschung erläutert und die beiden Denkweisen einander gegenübergestellt. Das *zweite Unterkapitel* widmet sich den historischen Wurzeln des qualitativen Denkansatzes. Das *dritte Unterkapitel* fokussiert auf theoretische Ansätze der qualitativen Denkweise: zum einen werden die Merkmale qualitativer Forschung nach Flick und zum anderen die fünf Postulate für qualitative Forschung von Mayring dargestellt. Im *vierten Unterkapitel* wird auf qualitative Forschungsmethoden eingegangen: es werden die wichtigsten Forschungsdesigns und die Prinzipien der Stichprobensammlung erläutert sowie die hauptsächlichsten Erhebungs-, Aufbereitungs- und Auswertungsverfahren vorgestellt. Das *fünfte und letzte Unterkapitel* fokussiert sodann auf die Gütekriterien von qualitativer Forschung. Im Hinblick auf die vorliegende Arbeit nimmt die Darstellung der verwendeten Erhebungs-, bzw. Auswertungsmethode, i.e. das Problemzentrierte Interview, bzw. die zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse einen etwas grösseren Raum ein als andere methodische Verfahren.

### 2.5.2 Qualitatives versus quantitatives Forschungsparadigma in der Psychologie

Phänomene und Fragestellungen von Interesse werden in der psychologischen, wie auch in anderen sozialwissenschaftlichen Disziplinen, nach wie vor mehrheitlich mit einem quantitativen Paradigma angegangen; qualitative Ansätze kommen in der Regel nur in bescheidenem Mass zur Anwendung. Vertreter beider Ansätze neigen dazu, ihr jeweiliges Paradigma als das einzig richtige anzupreisen und zu verteidigen. Ein Forschungsgegenstand sollte mit den ihm angemessenen Methoden untersucht werden, ein Postulat, das impliziert, dass je nach Fragestellung unterschiedliche Methoden zur Anwendung kommen müssen und diese einander auch ergänzen.

zen können. Auch wenn noch immer Vorbehalte des quantitativen gegenüber dem qualitativen Paradigma und vice versa vernehmbar sind, so ist doch seit einiger Zeit mehr Offenheit und Interesse am jeweilig anderen Ansatz zu verzeichnen (Mayring, 2002, S. 9). Oft basieren die geäußerten Vorbehalte auf fehlender Kenntnis oder Vorurteilen. Im Folgenden seien deshalb die Merkmale der beiden Ansätze und der dahinter liegenden Denkweisen sowie deren Einsatzmöglichkeiten erläutert (Wittkowski, 1994, S.6-9):

### **Quantitatives, bzw. normatives Paradigma:**

Das quantitative Paradigma hat seine historischen Wurzeln im Behaviorismus und ist als Reaktion auf die deutende und interpretierende Psychoanalyse und darüber hinaus als Versuch der damals noch sehr jungen Psychologie zu sehen, sich von ihren philosophischen Wurzeln zu lösen. Folgende drei Merkmale kennzeichnen das quantitative Paradigma:

- Differenzierte und möglichst eindeutige Erklärung von Erleben und Verhalten, über den unmittelbaren Augenschein hinausgehend (Nachweis von statistischen, ev. sogar deterministischen Zusammenhängen)
- Generalisierung von Beobachtungen von einer Stichprobe auf die Population
- Quantifizierung von Beobachtungen

Die Vielfalt des untersuchten Phänomens wird dabei durch die Anwendung von standardisierten Verfahren auf ein vorgegebenes Raster reduziert. Der Forschungsprozess dabei nach folgendem Regelkreis ab: Entwickeln von theoretischen Konzepten (Theorieebene) aufgrund von Beobachtungen (Datenebene), Überprüfung und allenfalls Modifikation der Theoriekonzepte anhand von neuerlichen strukturierten Beobachtungen auf der Datenebene. Dieses Verfahren wird *hypothetico-deduktiv* genannt. Die wechselseitige Beeinflussung von Theorie- und Datenebene ermöglicht eine allmähliche Anpassung der Theorie an die Empirie, aufgrund des vorab gesteckten Rahmens ist jedoch kaum eine Erweiterung des Wissens um grundsätzliche Erkenntnisse möglich.

### Qualitatives Paradigma:

Das qualitative Paradigma hingegen besitzt einerseits eine Affinität zur Humanistischen Psychologie, welche die Ganzheitlichkeit des Menschen und seinen Wertebezug betont und hat andererseits Bezüge zur Klinischen Psychologie und zur dort üblichen klinische Urteilsbildung. Beim qualitativen Paradigma bestehen folgende drei zentrale Ansprüche:

- Erklären von Erleben und Verhalten des Menschen: die Individualität menschlichen Fühlens, Denkens und Handelns soll in ihren natürlichen Lebensbezügen beschrieben und nachvollzogen werden
- Die Erklärung individuellen Erlebens und Verhaltens soll für möglichst viele Individuen Gültigkeit haben. Von einer hinreichend grossen Anzahl von Einzelbeobachtungen wird auf einen fiktiven allgemeinen Fall geschlossen, d.h. es wird *ein induktives* Vorgehen verfolgt.
- Anschaulichkeit und Lebensnähe der Erkenntnisse. Dies bedeutet, dass auf einem relativ niedrigen Abstraktionsniveau vorgegangen wird, wodurch die Erkenntnisse nachvollziehbar und einsichtig wirken.

Der potenziellen Gefahr von Beliebigkeit und Subjektivität, welche dem qualitativen Forschungsparadigma gern unterstellt wird, wird dadurch entgegengewirkt, dass die einzelnen Beobachtungen unabhängig voneinander gewonnen und die Erkenntnisse anhand von neuen Einzelfällen überprüft werden können.

Aus den vorangehenden Ausführungen wird deutlich, dass die beiden Ansätze bei sachlicher Einschätzung einerseits in ihren Zielsetzungen Gemeinsamkeiten aufweisen und sich andererseits ihre Vorgehensweisen sinnvoll miteinander verbinden lassen. Beide Forschungsansätze streben eine allgemeingültige Beschreibung und Erklärung von Erleben und Verhalten an. Während die Quantifizierung von Beobachtungen und das damit verbundene hohe Abstraktionsniveau des quantitativen Paradigmas es erlaubt, Zufallseinflüsse zu berechnen und damit einen hohen Schutz vor Subjektivismus und Simplifizierungen ermöglicht, trägt das qualitative Paradigma zu einer lebensnahen Vorstellung der Beschaffenheit von komplexen Verhaltens- und Erlebensphänomenen und darüber hinaus dank seiner Offenheit zur Möglichkeit von neuartigen Erkenntnissen bei (Wittkowski, 1994, S. 8).



In der heutigen psychologischen Forschung bedingen und durchdringen sich die beiden Ansätze zunehmend gegenseitig. So wird z.B. für die Entwicklung von standardisierten Fragebogen der Untersuchungsbereich meist mittels qualitativer Methoden ausgelotet. Oder Daten aus einem ausgesprochen qualitativen Verfahren wie z.B. dem Interview werden in einem nächsten Schritt zusätzlich quantitativ ausgewertet.

### 2.5.3 Geschichte der qualitativen Forschung

Gemäss Mayring (2002, S. 15-18) lässt sich die historische Entwicklung des qualitativen Paradigmas wie folgt skizzieren:

Der aktuelle Trend zu mehr qualitativer Forschung in den Sozialwissenschaften ist eine Entwicklung der letzten zehn bis zwanzig Jahre; ihre Wurzeln liegen jedoch viel weiter zurück und sind in der Antike zu suchen. Für Aristoteles (384-322 v. Chr.) war die Erforschung des Menschen, bzw. seiner Seele die Krone der Wissenschaft; sein Wissenschaftsverständnis war dabei dem qualitativen Paradigma sehr nahe. So betonte Aristoteles u.a. die entwicklungsmässigen Aspekte von Gegenständen und die Notwendigkeit, diese von ihren Intentionen und Zielen her zu verstehen. Ebenso erachtete er neben einem deduktiven Vorgehen in der Wissenschaft den induktiven Zugang zu Dingen als wichtig und notwendig. Aristoteles legte mit diesem Wissenschaftsverständnis sozusagen den Grundstein für das heutige qualitative Forschungsparadigma; von der Antike bis zur heutigen zumindest teilweisen Implementierung von qualitativer Forschung in den Sozialwissenschaften war es jedoch ein langer Weg.

In der *Soziologie* konnten qualitative Ansätze, angeregt insbesondere durch die verstehende Soziologie Max Webers (1864-1920) neben rein quantitativen Techniken der sogenannten „Survey-Forschung“ bestehen und sind auch heute durchaus „salonfähig“.

Im Bereich der *Pädagogik* war der qualitative Ansatz gar während des gesamten vergangenen Jahrhunderts und bis heute von grösserer Bedeutung als quantitative Techniken, welche sich nur zwischenzeitlich etablieren konnten.

In der *psychologischen Forschung* hingegen setzte sich das quantitative Paradigma durch und ist bis zum heutigen Zeitpunkt gebräuchlicher als der qualitative Ansatz. Kurz vor der Jahrhundertwende etablierte sich die Psychologie als eigenständige und von Philosophie und Medizin unabhängige Wissenschaft, welche sich insbesondere mit Wahrnehmungsphänomenen beschäftigte. Beschreibende Methoden standen für die ersten Wahrnehmungspsychologen wie Wundt dabei jedoch gleichberechtigt neben experimentellen. In der Folge etablierte sich - unter dem Einfluss der Entwicklung in den USA - auch im europäischen Raum der Behaviorismus, welcher subjektive Variablen vollständig leugnete und anhand von Verhaltensbeobachtungen, wie z.B. Laborexperimenten Verhaltensgesetze postulierte. Alle qualitativen Ansätze, wie z.B. die Psychologie der Geisteswissenschaft von Dilthey wurden dadurch am Durchbruch gehindert und das quantitative Denken setzte sich in der deutschsprachigen Psychologie in den 50-er und 60-er Jahren endgültig durch. Der Trend in Richtung von vermehrter qualitativer Forschung im deutschsprachigen Raum ging wiederum von den USA aus, wo die europäisch hermeneutisch-phänomenologische Tradition wiederentdeckt wurde. Dies setzte Impulse auch für Europa, wo qualitative Ansätze, die bis zu diesem Zeitpunkt eher marginalisiert waren, aus ihrem Schatten heraustraten und neu zusammengetragen wurden. Die Vormachtsstellung in der psychologischen Forschung behauptet jedoch bis heute der experimentell-quantitative Ansatz, wenn auch wieder vermehrt qualitative Methoden eingesetzt werden und eine verstärkte Methodendebatte zu verzeichnen ist.

#### **2.5.4 Theorie des qualitativen Denkens**

Qualitative Forschung basiert nicht auf einem einheitlichen Theorie- und Methodenverständnis. Vielmehr bestimmen unterschiedliche theoretische Ansätze und die sich daraus ableitenden Methoden Diskussion und Forschungspraxis im qualitativen Paradigma. In dieser Unterschiedlichkeit spiegeln sich die Vielseitigkeit und die historische Gewachsenheit der qualitativen Forschung (Flick, 2000, S. 28).

An dieser Stelle seien folgende zwei wichtige theoretische Ansätze näher ausgeführt:

**a) Merkmale qualitativer Forschung nach Flick**

Gemäss Flick (2000, S. 13) zeichnet sich qualitative Forschung durch folgende drei Merkmale aus:

**1. *Gegenstandsangemessenheit von Methoden und Theorien***

Während in der quantitativen Forschung der zu untersuchende Gegenstand darauf hin beurteilt wird, ob die zur Verfügung stehenden Methoden zu seiner Erforschung verwendet werden können, d.h. von der Methodik auf den Untersuchungsgegenstand geschlossen wird, ist das Vorgehen beim qualitativen Ansatz genau umgekehrt: Der zu untersuchende Gegenstand ist Bezugspunkt für die Auswahl der Methoden. Diese werden so gewählt, dass sie dem Forschungsgegenstand möglichst angemessen sind. Dieser soll nicht in einzelne Variablen zerlegt werden müssen, sondern in seiner ganzen Komplexität untersucht werden. Ebenso werden in der qualitativen Forschung in der Regel nicht bereits im Vorab formulierte Theorien und Hypothesen überprüft, sondern es wird angestrebt, durch grösstmögliche Offenheit dem Forschungsgegenstand gegenüber Neues zu entdecken und daraus ableitend empirisch begründete Theorien zu entwickeln.

**2. *Perspektiven der Beteiligten und ihre Vielschichtigkeit***

Qualitative Forschung interessiert sich nicht primär für objektive Begebenheiten, sondern vielmehr für die subjektive Sicht von Individuen zu einem bestimmten Thema oder Sachverhalt und für die Vielschichtigkeit und Komplexität des Sachverhalts in Form von verschiedenen Perspektiven. Sie untersucht menschliches Wissen und Handeln. Anhand der psychischen Störung der Schizophrenie lässt sich dieses Kennzeichen qualitativer Forschung gut aufzeigen (Flick, 2000, S. 14): Während epidemiologische Studien u.a. über die Häufigkeit des Auftretens der Erkrankung und ihre Verteilung in den sozialen Schichten eine Aussage machen können, interessiert sich qualitative Forschung z.B. dafür, wie die Betroffenen die Krankheit subjektiv erleben, welche Bedeutung sie ihr geben oder wie sie sich ihre Entstehung erklären. Ebenso wird

die Perspektive von Angehörigen und professionellen Helfern miteinbezogen und berücksichtigt.

### 3. *Reflexion des Forschers über die Forschung als Teil der Erkenntnis*

In der qualitativen Forschung wird die Kommunikation des Forschers mit den Beteiligten und dem Feld als expliziter Bestandteil der Erkenntnis betrachtet. Die Überlegungen des Forschers, seine Eindrücke, Gefühle, Irritationen, etc. sind Daten, die in Forschungstagebüchern festgehalten werden und in die Interpretationen miteinfließen. Der Forscher wird nicht wie bei der quantitativen Forschung sozusagen als Störung empfunden und möglichst ausgeschlossen, sondern seine Überlegungen sind im Gegenteil wichtiger Bestandteil der Interpretation und Auswertung.

### b) **Postulate für die qualitative Forschung nach Mayring**

Der theoretische Ansatz, den Mayring (2002) aus der Vielfalt der qualitativen Theorien herausgearbeitet hat, ist etwas komplexer als derjenige von Flick, deckt sich aber in den wesentlichen Punkten mit diesem.

Mayring formuliert folgende fünf Postulate für die qualitative Forschung (Mayring, 2002, S. 19-24):

#### 1. *Gegenstand humanwissenschaftlicher Forschung sind immer Menschen, Subjekte. Die von der Forschungsfrage betroffenen Subjekte müssen Ausgangspunkt und Ziel der Untersuchung sein.*

Dieses Postulat entspricht dem Merkmal der „Gegenstandsangemessenheit“ von Flick. Es soll der Gefahr entgegenwirken, dass der Mensch, das Subjekt zugunsten von Methoden oder Theorien in den Hintergrund rückt. Der Mensch ist der Bezugspunkt der Forschung und nach ihm sollen sich die angewandten Methoden und Theorien ausrichten. Die Subjektorientierung soll trotz ihrer Gefahren eine zentrale Forderung qualitativen Denkens bleiben.

#### 2. *Am Anfang der Analyse muss eine genaue und umfassende Beschreibung (Deskription) des Gegenstandsbereiches stehen.*

Die Forderung der genauen Beschreibung des Gegenstandes als Ausgangspunkt der Forschung wurde schon von Dilthey (1957; zit., nach Mayring, 2002, S. 21) in seiner psychologischen Grundlegung der Geisteswissenschaften formuliert. Der Phänomenologie der Gegenstands-

deskription wird eine vorrangige Stellung zugewiesen: der zu untersuchende Gegenstandsbereich muss im Vorfeld der Forschung möglichst genau und frei von Interpretationen beschrieben werden. Erst nachher sind erklärende Konstruktionen zulässig.

3. *Der Untersuchungsgegenstand der Humanwissenschaften liegt nie völlig offen, er muss immer auch durch Interpretation erschlossen werden.*

Diese Erkenntnis stammt aus der Hermeneutik und weist darauf hin, dass von aussen offenbar gleich Erscheinendes (z.B. eine bestimmte Handlung) immer mit subjektiven Intentionen verbunden ist und deshalb für die Subjekte unterschiedliche Bedeutungen hat. Diese müssen durch Interpretation erschlossen werden. So hat der Begriff Glück für jeden Menschen eine andere Bedeutung und auch der auswertende Forscher hat verschiedene Glücksdefinitionen im Kopf.

Dieses Postulat steht in einem Bezug mit dem zweiten Merkmal qualitativer Forschung nach Flick, nämlich dem Interesse an der subjektiven Sicht der Untersuchungspersonen über Sachverhalte und Themen. Ein und dasselbe Thema oder Verhalten kann für verschiedene Subjekte ganz unterschiedliche Bedeutungen haben.

4. *Humanwissenschaftliche Gegenstände müssen immer möglichst in ihrem natürlichen, alltäglichen Umfeld untersucht werden.*

Fast jeder forschende Zugang zur Realität bringt Verzerrungen mit sich. Ein Mensch reagiert im Labor anders als im Alltag, versucht, den Erwartungen des Versuchsleiters zu entsprechen oder ein ideales Bild abzugeben. Qualitative Forschung möchte diese Unschärfen verringern, indem sie eine möglichst grosse Nähe zur natürlichen, alltäglichen Lebenssituation des Untersuchungsgegenstandes herstellt und damit die im Labor entstehenden Verzerrungen minimiert.

5. *Die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse humanwissenschaftlicher Forschung stellt sich nicht automatisch über bestimmte Verfahren her, sie muss im Einzelfall schrittweise begründet werden.*

Menschliches Handeln ist immer in grossem Masse situativ gebunden, historisch geprägt und mit subjektiven Bedeutungen behaftet. Qualitative Forschung bezweifelt deshalb z.B. den Sinn der sogenannten Repräsentativität von Stichproben, denn die Kriterien (z.B. Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status), nach denen diese bestimmt wird,

sind meist fragwürdig. Ebenso zweifelt das qualitative Denken an, dass man in Humanwissenschaften zu allgemeinen Naturgesetzen gelangen kann, die, wenn sie einmal gefunden sind, immer und überall gelten. Qualitatives Denken fordert, dass Verallgemeinerungen von Forschungsergebnissen immer im Einzelfall begründet werden. Es muss argumentiert werden können, warum die gefundenen Ergebnisse auch für andere Situationen und Zeiten gelten.

Für die 13 Säulen der qualitativen Forschung, welche die fünf Postulate weiter erläutern, sei auf die Ausführungen von Mayring verwiesen (Mayring, 2002, S. 24-39).

### **2.5.5 Qualitative Forschungsmethoden**

#### **a) Untersuchungspläne - Forschungsdesigns**

In der Forschung ist es wichtig, zwischen dem Untersuchungsplan (oder dem Design) und den konkreten Untersuchungsverfahren, also den Methoden der Datenerhebung, -aufbereitung und -auswertung, zu unterscheiden.

Im Folgenden seien fünf in der qualitativen Forschung gebräuchliche Forschungsdesigns kurz dargestellt (Mayring, 2002, S. 40-62):

##### **1. Einzelfallanalyse**

In der Einzelfallanalyse soll die Komplexität eines ganzen Falles, Zusammenhänge der Lebensbereiche und der lebensgeschichtliche Hintergrund erfasst werden. Einzelfallanalysen sind insbesondere geeignet für die Suche nach relevanten Einflussfaktoren bei der Interpretation von Zusammenhängen. Bei der Einzelfallanalyse ist während des gesamten Analyseprozesses der Rückgriff auf den Fall in seiner Ganzheit und Komplexität gewährleistet, wodurch es möglich ist, zu genaueren und tiefer greifenden Erkenntnissen zu gelangen. Als Material für Einzelfallanalysen eignen sich z.B. ärztliche Anamnesen, Tagebücher, Autobiographien, Beichten, Lebensläufe.

##### **2. Dokumentenanalyse**

Bei der Dokumentenanalyse werden gegenständliche Zeugnisse, die als Quelle für die Erklärung menschlichen Handelns dienen können, unter-

sucht. Es sind in der Regel schon vorhandene Dokumente wie Texte, Filme, Tonbänder oder auch Bauten und Gegenstände. Dadurch, dass die Daten nicht mehr erhoben werden müssen, ist ein non-reaktives Messen möglich. Die Dokumentenanalyse ermöglicht insbesondere die Erforschung von schon zurückliegenden, historischen Ereignissen oder von Forschungsgegenständen, bei denen kein direkter Zugang möglich ist.

### **3. *Feldforschung***

Feldforschung ist ein klassisches Gebiet der qualitativ orientierten Soziologie; sie will ihren Gegenstand möglichst in seinem natürlichen Kontext untersuchen um Verzerrungen durch den Eingriff von Untersuchungsmethoden zu vermeiden. Der Forscher begibt sich bei der Feldforschung also „ins Feld“ und nimmt an den alltäglichen Situationen seiner Untersuchungsobjekte teil. Erwähnt sei hier die „teilnehmende Beobachtung“ als Hauptmethode der Feldforschung. Neben der bestmöglichen Vermeidung durch Verzerrungen durch Untersuchungsinstrumente hat die Feldforschung den Vorteil, der Realität sehr nahe zu kommen, da die Innenperspektive der Beteiligten aus nächster Nähe kennengelernt werden kann.

### **4. *Qualitatives Experiment***

Beim qualitativen Experiment steht das Aufdecken von Strukturen im Gegenstand im Vordergrund. Es werden keine vorgefertigten Hypothesen geprüft, sondern es wird versucht, durch kontrollierte, gegenstandsadäquate Eingriffe in den Untersuchungsbereich Veränderungen hervorzurufen, die Rückschlüsse auf dessen Struktur zulassen. Als Beispiele für qualitative Experimente seien hier die Versuche der Gestaltpsychologie, Piagets Experimente zur Erforschung der kognitiven Entwicklung des Kindes oder aber auch Newtons Pendelversuche aufgeführt.

### **5. *Handlungsforschung***

Die Handlungsforschung war insbesondere in der Pädagogik der 70-er Jahre von Bedeutung und wurde 1946 von Kurt Lewin, einem der Begründer der modernen Sozialwissenschaften gefordert. Die Grundgedanken, bzw. Ziele der Handlungsforschung sind ein direktes Ansetzen an konkreten sozialen Problemen, eine praxisverändernde Umsetzung der Ergebnisse im Forschungsprozess und der gleichberechtigte Diskurs zwischen Forscher und Beteiligten. Bei der Handlungsforschung findet ein ständiges Pendeln zwischen Informationssammlung, Diskurs und praktischem Han-

deln statt. Die Handlungsforschung wird in der Regel bei konkreten Praxisproblemen angewendet, um Veränderungsmöglichkeiten zu erarbeiten. Aber auch die Rückmeldung von Forschungsergebnissen an Betroffene kann als Element von Handlungsforschung angesehen werden.

### **6. *Qualitative Evaluationsforschung***

Neben den häufig eingesetzten, aber auch als rigide kritisierten quantitativen Methoden zur Evaluation von Praxisveränderungen hat die qualitative Evaluationsforschung in der heutigen Zeit an Bedeutung gewonnen. Anders als bei der Handlungsforschung will die Evaluationsforschung jedoch nicht selbst handelnd eingreifen, sondern begleitet Praxisveränderungen wissenschaftlich und versucht, diese auf ihre Wirkungen hin zu untersuchen. Das Vorgehen dabei ist offen, einzelfallbezogen und subjektorientiert. Anwendungsgebiete von qualitativer Evaluationsforschung sind Interventionsprojekte, z.B. im Bereich von Psychotherapie, psychosozialer Versorgung oder auch Arbeits- und Organisationspsychologie.

#### **b) Stichprobengewinnung**

Gemäss Flick (2000, S. 81-88) unterscheidet sich die Auswahl der geeigneten Stichprobe in der qualitativen Forschung von derjenigen der quantitativen Forschung. Während im quantitativen Paradigma bei der Auswahl der Stichprobe das sogenannte statistische Sampling angewandt wird, bei dem eine einmalige Ziehung einer Stichprobe nach einem vorab festgelegten Plan vorgenommen wird und die Stichprobe im vorab definiert ist, kommt im qualitativen Paradigma das theoretische Sampling zur Anwendung. Dabei wird die Stichprobe schrittweise erweitert, bis eine theoretische Sättigung der Untersuchungsgruppe erreicht ist, d.h. keine neuen Erkenntnisse mehr aus dem Datenmaterial gewonnen werden können. Erst dann wird kein weiteres Material mehr in die Untersuchung miteinbezogen. Die schrittweise Auswahl der Stichprobe wird nach dem Prinzip des purposive oder gezielten Sampling vorgenommen. Dies bedeutet, dass für die Auswahl verschiedene Strategien zur Anwendung kommen, je nach dem was das Ziel der Untersuchung ist. Als Möglichkeiten seien hier die gezielte Auswahl von abweichenden Fällen oder die bewusste Auswahl besonders typischer Fälle erwähnt. Ebenso kann das Sampling auf die ma-



ximale Variation in der Stichprobe abzielen, d.h. es werden wenige aber möglichst verschiedene Fälle ausgewählt.

Als Kriterien für „gute Informanten“ (v.a. für Interviewbefragungen) gelten gemäss Flick (2000, S. 88) folgende drei Punkte:

- Vorhandensein von notwendigem Wissen und Erfahrung im Thema
- Fähigkeit zur Reflexion und Artikulation
- Bereitschaft und zeitliche Möglichkeit, an der Untersuchung teilzunehmen

### c) Erhebungsverfahren

Bei den Erhebungsverfahren fällt auf, dass drei von vier Verfahren auf einer sprachlichen Basis operieren und nur ein Verfahren sich auf Beobachtung stützt. Darin spiegelt sich die besondere Rolle des verbalen Zugangs zu den Untersuchungsobjekten in der qualitativen Forschung: Um subjektive Bedeutungen zu eruieren, ist es sinnvoll, die Subjekte selbst zu Worte kommen zu lassen (Mayring, 2002, S. 66).

Im Bereich der Interviewverfahren gibt es in der Zwischenzeit eine ganze Reihe von Interviewtechniken, die unter den verschiedensten Bezeichnungen laufen. So wird u.a. vom Offenen Interview, Fokussierten Interview, Problemzentrierten Interview, Tiefeninterview oder vom Narrativen Interview gesprochen. Folgende Aufstellung nach Mayring (2002, S. 66) soll der terminologischen Klärung dienen:

Tabelle 3: Begriffsbestimmung qualitativ orientierter Interviews (nach Mayring, 2002, S. 66)

<b>offenes Interview</b> (vs. geschlossenes Interview)	bezieht sich auf den <b>Freiheitsgrad des Befragten</b>	der Interviewpartner kann frei antworten, keine Antwortvorgaben
<b>unstrukturiertes, bzw. unstandardisiertes Interview</b> (vs. strukturiertes, bzw. standardisiertes Interview.)	bezieht sich auf den <b>Freiheitsgrad des Interviewers</b>	der Interviewer hat keinen Fragenkatalog, er kann Fragen und Themen je nach Interviewsituation frei formulieren
<b>qualitatives Interview</b> (vs. quantitatives Interview)	bezieht sich auf die <b>Auswertung des Interviewmaterials</b>	die Auswertung erfolgt mit qualitativ-interpretativen Techniken

In der Regel unterscheiden sich qualitativ orientierte Interviews weder in der Offenheit der Frageformulierung noch in der qualitativen Auswertung; Unterschiede sind jedoch beim Strukturierungsgrad der verschiedenen Formen zu verzeichnen. So gilt z.B. das Problemzentrierte Interview als qualitatives, halb-, bzw. semi-strukturiertes Interview, das Narrative Interview hingegen wird als qualitatives, unstrukturiertes Interview bezeichnet. Beide Interviewformen sind als offene Interviews zu bezeichnen.

Da die für die Dissertation durchgeführten Interviews als Problemzentrierte Interviews konzipiert waren, wird diese Erhebungsmethode etwas ausführlicher dargestellt und die restlichen Methoden nur kurz skizziert.

### **1. Problemzentriertes Interview**

Unter dem problemzentrierten Interview werden alle Formen von qualitativen, offenen und halbstrukturierten Befragungen subsumiert. Der Befragte kommt bei dieser Interviewform möglichst frei zu Wort, gleichzeitig ist das Interview jedoch auf eine bestimmte Problemstellung zentriert, mit der sich der Interviewer bereits im Vorfeld auseinandergesetzt hat. Er hat diese vorgängig zum Gespräch analysiert, bestimmte Aspekte dazu erarbeitet und daraus ableitend einen Interviewleitfaden zusammengestellt. Im Leitfaden werden die zentralen Aspekte der Problemstellung als Gesprächsthemen in einer vernünftigen Reihenfolge mit Formulierungsvorschlägen zusammengetragen. In einem nächsten Schritt werden in einer Pilotphase Probeinterviews durchgeführt. Die Probeinterviews dienen der allfälligen Anpassung des Leitfadens und sowie der Interviewerschulung. Das Interview besteht aus folgenden Fragetypen:

- *Sondierungsfragen*: allgemein gehaltenen Einstiegsfragen in die Thematik
- *Leitfadenfragen*: Fragen zu den Hauptthemen der Fragestellungen
- *Ad-hoc-Fragen*: Fragen, anhand derer der Interviewer spontan Aspekte, die im Leitfaden nicht aufgeführt sind, ihm jedoch bedeutsam erscheinen, explorieren kann.

Die Grundgedanken des problemzentrierten Interviews sind nach Witzel (1985; zit. nach Mayring, 2002, S. 67) einerseits die *Problemzentrierung* (Erforschung einer gesellschaftlichen Problemstellung), die *Gegenstandorientierung* (konkrete Gestaltung des Interviews orientiert sich am Untersuchungsgegenstand) sowie die *Prozessorientierung* (flexible Analyse des wissenschaftlichen Problemfeldes und schrittweise Gewinnung und Prüfung

von Daten). Diese drei Merkmale wurden bereits in den theoretischen Grundlagen zu qualitativer Forschung erwähnt und weisen das problemzentrierte Interview als dezidiert qualitatives Verfahren aus. Als weiteres wichtiges Merkmal gilt die *Offenheit* im Interview (Mayring, 2002, S. 68-69). Der Interviewteilnehmer soll frei und ohne vorgegebene Antwortkategorien antworten können. Die hinter diesem Merkmal liegenden Grundeinstellung einer möglichst gleichberechtigten, offenen Beziehung zwischen Interviewer und Befragten soll eine Vertrauensbeziehung ermöglichen, in welcher sich der Befragte ernst genommen und nicht ausgehorcht fühlt und dadurch ehrlicher, reflektierter und offener antwortet als z.B. bei einer geschlossenen Fragetechnik.

Wie obige Ausführungen aufzeigen, eignet sich das problemzentrierte Interview sehr gut für eine theoriegeleitete Forschung, da Aspekte der vorrangigen Problemanalyse im Interview Eingang finden und dieses keinen rein explorativen Charakter hat. Überall dort, wo schon einiges über den Forschungsgegenstand bekannt ist und man an diesen mit spezifischeren Fragestellungen herantreten möchte, bietet sich diese Methode an. Ebenso ist durch die zumindest teilweise Standardisierung mittels Interviewleitfaden ein Vergleich zwischen mehreren Interviews möglich.

## 2. *Narratives Interview*

Die Technik des narrativen Interviews stammt ursprünglich aus der Soziologie und wurde von Fritz Schütze entwickelt. Der Grundgedanke des narrativen Interviews ist es, durch freies Erzählenlassen etwas über die Bedeutungsstrukturen des Befragten zu erfahren, welche sich einem systematischen Abfragen versperren würden (Mayring, 2002, S. 73). Der Interviewpartner wird also nicht mit standardisierten Fragen konfrontiert, sondern soll möglichst frei zu einem Thema erzählen. Die Strukturierung des Gesprächs erfolgt über die Sprachform „Erzählung“, welche – wie aus der Linguistik bekannt – eine feste Struktur im Sinne eines immer ähnlichen Aufbaus hat. Dieser besteht aus folgenden sechs Teilen:

- Abstrakt mit einführendem Übersichtsteil
- Schilderung, worum es geht (Orientierung)
- Komplikation
- Evaluation im Sinne einer Einschätzung des Geschehens
- Auflösung

### - Schlussbetrachtungen

Die Aufgabe des Interviewers ist es, die Erzählung durch entsprechende Fragen zu stimulieren und den roten Faden aufrecht zu erhalten. Am Schluss des Gesprächs kann der Interviewer durch etwas gezieltere Fragen in Richtung der intendierten Bedeutungsstruktur der Erzählung nachfragen. Die Methode des narrativen Interviews eignet sich einerseits für Thematiken mit starkem Handlungsbezug, da diese sich besonders gut für Erzählungen eignen sowie für die Erschliessung von bislang unerforschten Gebieten, da anhand des Narrativen Interviews Neuland gut exploriert werden kann.

### **3. Gruppendiskussion**

Subjektive Bedeutungsstrukturen sind oft in soziale Zusammenhänge eingebunden. Laut Mayring (2002, S. 77) ist die Idee der Gruppendiskussion, dass durch die Dynamik eines Gruppengesprächs Rationalisierungen und psychische Sperren durchbrochen werden können und je nach dem kollektive Einstellungen und Ideologien geäußert werden, die in einem Einzelgespräch nicht zutage kommen würden, Fühlen, Denken und Handeln von Menschen jedoch bestimmen. Die Gruppen umfassen in der Regel zwischen 5 bis 15 Teilnehmer, die nach Möglichkeit auch im Alltag als Gruppe bestehen. Nach Formulierung der Fragestellung und Gruppenbildung wird der Gruppe ein Grundreiz z.B. in Form eines Textstückes, eines Filmausschnittes dargeboten. Es folgte eine Phase der freien Diskussion, bevor neue Argumente durch den Diskussionsleiter eingeführt werden. Abschluss des Gesprächs bildet die Metadiskussion zur Bewertung der Diskussion durch die Gruppenteilnehmer.

### **4. Teilnehmende Beobachtung**

Die teilnehmende Beobachtung gehört zu den Standardmethoden der Feldforschung. Als bahnbrechende Beispiele seien hier die Untersuchungen des Kulturanthropologen B. Malinowski von Eingeborenen in Neuguinea und Melanesien sowie Arbeiten der Chicago-Schule für Soziologie mit Untersuchungen an Landstreichern erwähnt. Bei der Teilnehmenden Beobachtung steht der Forscher nicht passiv-registrierend ausserhalb des Gegenstandsbereiches, sondern nimmt aktiv an der sozialen Situation teil und interagiert mit den Beobachteten, sammelt dabei Daten, die er - meist später - notiert. Das Schwierige bei der Methode der teilnehmenden Beobachtung ist der

Zugang zum Feld. Um zu möglichst unverfälschten Daten zu kommen, muss der Forscher vom Feld aufgenommen und sozusagen als Teil davon akzeptiert werden. Meist sind ein vorsichtiges Herantasten und genaue Vorüberlegungen notwendig. Die Beobachtungen im Feld werden meist mittels eines relativ offenen, höchstens halb-standardisierten Beobachtungsleitfadens gemacht, welchen der Forscher während des Beobachtens verinnerlicht vor sich hat. Teilnehmende Beobachtung eignet sich insbesondere für Forschungsgegenstände, die in soziale Situationen eingebettet und von aussen schwer einsehbar sind sowie für Forschungsfragen mit eher explorativem Charakter.

#### **d) Aufbereitungsverfahren**

In der qualitativen Forschung wird der Beschreibung des Gegenstandes besondere Rechnung getragen. Aus diesem Grund ist dem Schritt zwischen Datenerheben und Datenauswertung eine wichtige Bedeutung zuzumessen. Das Datenmaterial aus der Erhebung muss festgehalten, aufbereitet und geordnet werden, bevor es ausgewertet werden kann. Dabei sind folgende drei Themenkreise von Bedeutung (Mayring, 2002, S.85-103):

##### **1. Wahl der Darstellungsmittel**

Bei der Wahl der Darstellungsmittel gilt neben der Forderung nach Vielfältigkeit wiederum der Grundsatz der Gegenstandsangemessenheit. Mögliche Darstellungsmittel sind Texte, Grafische Darstellungen wie Tabellen, Prozessmodelle oder Strukturmodelle sowie audiovisuelle Mittel wie Bild-, Film- oder Tonbandmaterial.

##### **2. Protokollierungstechniken**

Die Weichen, die bei der Protokollierung gestellt werden, bestimmen auch die Auswertungsverfahren. Als wichtige Protokollierungstechniken gelten folgende Verfahren:

- Wörtliche Transkription: aufwändige, aber für eine ausführliche Interpretation unumgängliche Technik.
- Kommentierte Transkription: wichtige Informationen, welche über das Wortprotokoll hinausgehen, werden zusätzlich festgehalten (z.B. Sprechpausen, Intonationen, Lachen werden).

- Zusammenfassendes Protokoll: die Materialfülle wird nach einem methodisch kontrollierten Ablauf, wie z.B. der zusammenfassenden qualitative Inhaltsanalyse schon vor der Vorbereitung reduziert.
- Selektives Protokoll: nur inhaltlich Relevantes wird ins Protokoll aufgenommen, Überflüssiges, Abschweifendes wird weggelassen. Die Selektion erfolgt wiederum nach definierten Kriterien, z.B. nach der Methode der strukturierenden Inhaltsanalyse.

### **3. Konstruktion deskriptiver Systeme**

Diese Technik bildet den Übergang in die Datenauswertung. Es geht dabei um die Konstruktion von Kategorien, durch welche das Material durch zusammengestellte Überbegriffe geordnet werden kann. Kategorien stellen Verallgemeinerungen dar, sie werden theoriegeleitet und auf das konkrete Material bezogen entwickelt. Die Bildung von Kategorien muss explizit und kontrolliert ablaufen. Die Konstruktion von Kategoriensystemen vollzieht sich schrittweise und wird durch Probelaufe an das Material angepasst. Durch diesen Kreislauf ergibt sich das endgültige, theoretisch und empirisch abgesicherte Kategoriensystem.

## **e) Auswertungsverfahren**

### **1. Gegenstandsbezogene Theoriebildung – grounded theory**

Das Auswertungsverfahren der grounded theory oder gegenstandsbezogenen Theoriebildung wurde in den 50-er und 60-er Jahren von den beiden amerikanischen Soziologen Glaser und Strauss entwickelt (Glaser & Barney, 1998). Laut Mayring (2002, S. 103- 105) geht die grounded theory davon aus, dass der Forscher schon während der Datensammlung erste theoretische Konzepte, Konstrukte und Hypothesen entwickelt. Im Verlauf der Datensammlung und –auswertung verfeinert und verknüpft er diese; Erhebung und Auswertung gehen also ineinander über und überschneiden sich. Glaser und Barney argumentieren, dass sich der Forscher - insbesondere in der offenen Feldforschung - schon während der Datensammlung Gedanken über die Auswertung macht und diese impliziten Konzepte in der weiteren Datensammlung Eingang finden. Grounded theory lässt also die Konzeptbildung in der Phase der Datenerhebung bewusst zu und will sie durchsichtig, d.h. explizit machen. Datenerhebung und –auswertung finden parallel zueinander statt. So kristallisiert sich im Laufe der Datener-

hebung ein theoretischer Bezugsrahmen heraus, der laufend modifiziert und vervollständigt wird. Die Datenerhebung wird solange weitergeführt, bis keine neuen Informationen mehr hinzukommen und der theoretische Bezugsrahmen klar und aussagekräftig ist. Das zentrale Arbeitsinstrument bei der Erarbeitung solcher gegenstandsbezogener Theorieelemente sind Merktzettel oder sogenannte Memos. Immer wenn der Forscher während der Datenerhebung auf neue und ihm wesentliche Aspekte stösst, verhält er sich nach der Handlungsanweisung „Stop and Memo“; d.h. er unterbricht seine Arbeit und notiert sich seine Beobachtung, bzw. Überlegung dazu. Die Memos können zur Bildung von Codes führen; da diese anhand von zusätzlichen Analysen und Beobachtungen vervollständigt und untermauert werden müssen, geht von ihnen wieder ein Impuls zur Datenerhebung aus. Durch Verknüpfung von Memos und Codes werden Konzepte gebildet: eine gegenstandsbezogene Theorie entsteht. Die grounded theory hat ihr Anwendungsfeld v.a. in der teilnehmenden Beobachtung und bei Forschungsgegenständen, über die bislang wenig bekannt war.

## 2. *Qualitative Inhaltsanalyse*

Der Ursprung der Inhaltsanalyse ist in den ersten Jahrzehnten dieses Jahrhunderts zu suchen; das Verfahren wurde in einer bislang eher quantitativ ausgerichteten Art in den Kommunikationswissenschaften zur Analyse von Massenmedien wie Radio und Fernsehen angewandt. Um etwas über deren gesellschaftlichen Einfluss zu erfahren, begann man diese systematisch, z.B. nach Inhalten und Themen auszuwerten. In dieser noch immer eher quantitativ ausgerichteten Art von Inhaltsanalyse, die u.a. das Auszählen von Motiven und Themen im Material beinhaltete, schienen jedoch latente Sinnstrukturen sowie der Kontext der Textbestandteile zu wenig berücksichtigt. Es wurde deshalb die Forderung nach einer stärkeren qualitativen Ausrichtung der Analyse von Texten laut.

Bei der qualitativen Inhaltsanalyse wird das Material systematisch und streng kontrolliert schrittweise analysiert. Im Zentrum steht in der Regel ein theoriegeleitetes und am Material entwickeltes Kategoriensystem, das diejenigen Aspekte festlegt, die aus dem Datenmaterial herausgefiltert werden sollen. Gemäss Mayring (2002, S. 115 und Mayring, 2003, S. 58) werden dabei die drei Grundformen Zusammenfassung, Strukturierung und Explikation unterschieden.

### *a) Zusammenfassung*

Laut Mayring (2002, S. 115) ist das Ziel der zusammenfassenden Inhaltsanalyse, das vorliegende Datenmaterial so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben und durch Abstraktion ein überschaubarer Korpus geschaffen wird, der ein Abbild des Grundmaterials bildet. Bei der zusammenfassenden Inhaltsanalyse ist die induktive Kategorienbildung von grosser Bedeutung - sie entspricht dem „offenen Kodieren“ innerhalb der grounded theory - geht jedoch systematischer vor als dieses. Vorab wird theoriegeleitet das Abstraktionsniveau definiert und ein Selektionskriterium für die Kategorienbildung festgelegt. Das Abstraktionsniveau legt fest, wie konkret oder abstrakt die Kategorien sein sollen. Das Selektionskriterium bestimmt theoriegeleitet das Thema der Analyse und legt fest, welches Material Ausgangspunkt für die Bildung der übergeordneten Kategorien sein soll. Diese beiden Schritte sind deduktive Elemente und werden anhand von theoretischen Erwägungen über Gegenstand und Ziel der Analyse begründet. Mit diesen Definitionen im Hinterkopf wird nun Zeile um Zeile des Textmaterials durchgearbeitet. Sobald im Text eine zur Kategoriendefinition passende Stelle gefunden wird, wird dafür eine Unterkategorie konstruiert und mit einem Begriff oder Satz als Bezeichnung versehen. Die Bildung von Unterkategorien vollzieht sich also induktiv. Weitere Textstellen im Analyseverlauf, die dieser Unterkategorie entsprechen, werden darunter subsumiert; entsprechen sie der allgemeinen Kategoriendefinition, passen jedoch nicht zu den bereits induktiv gebildeten Unterkategorien, wird aus dem spezifischen Material eine neue Unterkategorie definiert. Nach 10-50% des Materialdurchgangs können in der Regel keine neuen Unterkategorien mehr gebildet werden. Nun wird das gesamte Kategoriensystem überarbeitet und dahingehend geprüft, ob die Logik klar ist und der Abstraktionsgrad zur Fragestellung passt. Falls Änderungen notwendig sind, wird das gesamte Material anhand des überarbeiteten Kategoriensystems nochmals durchgegangen. Das Ergebnis der Analyse ist ein System von Kategorien zu einer bestimmten Thematik, dem bestimmte Textstellen zugeordnet sind.

In der Folge sind nun verschiedene nächste Auswertungsschritte möglich: entweder wird das Kategoriensystem in Bezug auf die Fragestellung aus-



gewertet oder die Zuordnungen von Textstellen können ausgezählt und mittels quantitativer Verfahren weiterbearbeitet werden.

Unterstehendes Schema dient der Veranschaulichung des Prozesses der induktiven Kategorienbildung.

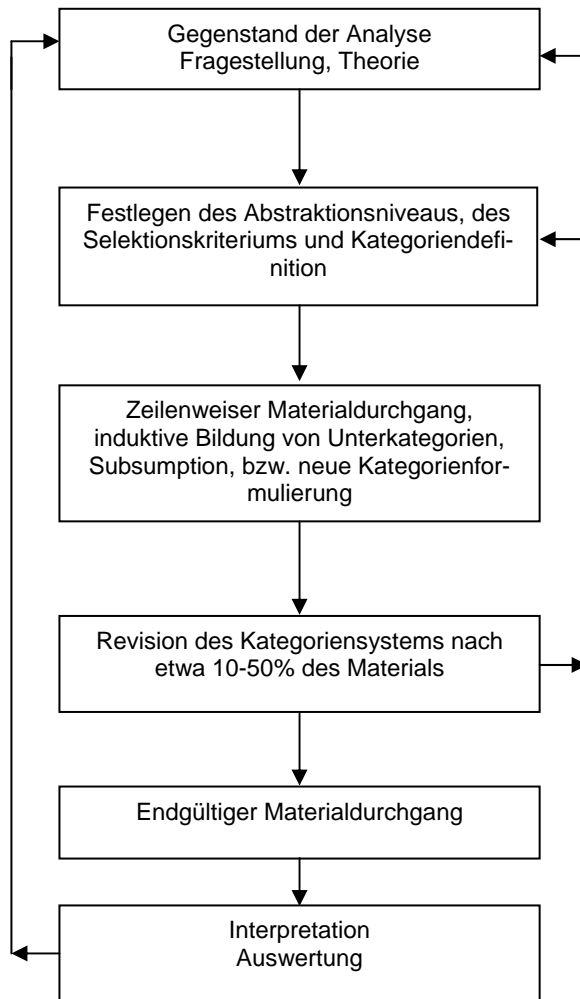


Abbildung 5: Ablaufmodell induktiver Kategorienbildung (n. Mayring, 2002, S. 116)

### **b) Strukturierung**

Bei der strukturierenden Inhaltsanalyse werden bestimmte Aspekte aus dem Material herausgefiltert oder unter vorher festgelegten Ordnungskriterien ein Querschnitt durch das Material gelegt. Das Herzstück dieser Technik ist es, das aus den Strukturierungsdimensionen zusammengestellte Kategoriensystem so genau zu definieren, dass eine eindeutige Zuordnung von Textmaterial zu den Kategorien möglich ist. Diese erfolgt nach folgenden drei Schritten:

1. genaue Definition der Kategorien
2. Formulierung von Ankerbeispielen, d.h. von Textstellen, die unter eine Kategorie fallen
3. Formulierung von genauen Kodierregeln, dort wo Abgrenzungsprobleme zwischen den Kategorien bestehen.

Diese Bestimmungen werden in einem Kodierleitfaden gesammelt, der als Handanweisung für den Auswerter dient. Der Materialdurchgang unterteilt sich bei der strukturierenden Inhaltsanalyse in zwei Schritte: Zuerst werden die Textstellen im Material bezeichnet, in denen die zugehörige Kategorie angesprochen wird. In einem zweiten Schritt wird das gekennzeichnete Material herausgefiltert, zusammengefasst und aufgearbeitet.

### **c) Explikation:**

Ziel der Analyse bei der Explikation ist es, zu einzelnen Textstellen zusätzliches Material heranzutragen, das die Textstelle erläutert. Für diese Explikation werden entweder das direkte Textumfeld oder aber weitere Textkontexte, also über den Text hinausgehende Informationen verwendet. Wichtig ist dabei die vorherige Definition, wo nach fraglichem Material gesucht wird, um die Textstelle zu explizieren. Die Suche nach dem Explikationsmaterial muss also wiederum systematisch erfolgen. Aus dem Kontextmaterial wird eine erklärende Paraphrase gebildet, die statt der fraglichen Stelle eingesetzt wird und als Explikation ausreichen sollte.

### **3. Weitere Auswertungsverfahren**

Der Vollständigkeit halber seien hier noch folgende Analyseverfahren erwähnt: Phänomenologische Analyse, sozialwissenschaftlich-hermeneutische Paraphrase, objektive Hermeneutik, psychoanalytische Textinterpretation und typologische Analyse. Für eine ausführlichere Darstellung dieser Methoden sei auf Mayring (2002, S. 107-133) verwiesen.

### 2.5.6 Gütekriterien qualitativer Forschung

Für jede Art von empirischer Forschung gilt die Forderung nach einer Einschätzung der Ergebnisse nach Abschluss des Forschungsprozesses anhand von Gütekriterien. Die Gütekriterien der quantitativen Forschung sind einerseits die Validität, also Gültigkeit (wurde das erfasst, was erfasst werden sollte?) und andererseits die Reliabilität (wurde der gemessene Gegenstand exakt erfasst?) der Ergebnisse.

Auch für die qualitative Forschung müssen Gütekriterien gefunden werden. In der aktuellen Forschungsdiskussion setzt sich jedoch immer mehr die Einsicht durch, dass die Gütekriterien der quantitativen Forschung nicht einfach übernommen werden können, sondern Gütekriterien gefunden und definiert werden müssen, welche dem qualitativen Forschungsparadigma gerecht werden. Auch hier gilt wiederum die Forderung nach der Angemessenheit der Methode. Mayring (2002, S. 144 -148) erwähnt in seiner Darstellung folgende sechs allgemeine Gütekriterien qualitativer Forschung:

#### 1. Verfahrensdokumentation

Mehr als in der quantitativen Forschung, wo in der Regel der Hinweis auf die verwendeten Techniken und Messinstrumente genügt, wird für die qualitative Forschung gefordert, dass die Methoden, die meist spezifisch für den jeweiligen Gegenstand entwickelt wurden, ins Detail beschrieben werden und somit der Forschungsprozess für Aussenstehende nachvollziehbar wird. Dies gilt für die Explikation des Vorverständnisses, die Zusammenstellung des Analyseinstrumentariums sowie für die Durchführung und Auswertung der Datenerhebung.

#### 2. Argumentative Interpretationsabsicherung

Interpretationen spielen eine wichtige Rolle in der qualitativen Forschung; sie lassen sich jedoch in der Regel nicht beweisen oder mit Rechenoperationen absichern. Für die qualitative Forschung gilt deshalb einerseits, dass das Vorverständnis der jeweiligen Interpretationen adäquat sein muss. Ebenso sollten Interpretationen in sich schlüssig sein. Falls es zu logischen Brüchen kommt, müssen diese erklärt werden. Ebenso ist es wichtig, nach Alternativdeutungen zu suchen und diese zu überprüfen; die Widerlegung

von Negativdeutungen kann ein wichtiges Argument für die Geltungsbe-gründung der Interpretation sein.

### **3. Regelgeleitetheit**

Auch wenn qualitative Forschung den Grundsatz der Offenheit gegenüber dem Gegenstand postuliert, so muss sie sich doch an ein systematisches Vorgehen und an bestimmte Verfahrensregeln halten (s.a. Abschnitt Auswertungsverfahren, Qualitative Inhaltsanalyse).

### **4. Nähe zum Gegenstand**

Die Nähe zum Gegenstand ist ein wichtiger Leitgedanke qualitativer Forschung. Dies bedeutet einerseits eine möglichst nahe Anknüpfung an die Alltagswelt der beforschten Subjekte, wie dies in der Feldforschung praktiziert wird und andererseits eine grösstmögliche Interessensübereinstimmung von Forscher und Beforschten, welche bei den Forschungssubjekten Offenheit und Ehrlichkeit bewirkt und so wiederum die Aussagekraft der Daten erhöht.

### **5. Kommunikative Validierung**

Indem die Ergebnisse und Interpretationen den Beforschten nochmals vorgelegt und mit ihnen diskutiert werden, kann deren Gültigkeit nochmals überprüft werden. Wenn sich die Forschungssubjekte in den Ergebnissen und Interpretationen wiederfinden, kann dies als wichtiges Argument zur Absicherung gesehen werden. Natürlich wollen qualitative Forschungsergebnisse nicht bei den subjektiven Bedeutungsstrukturen stehen bleiben, sondern darüber hinausgehen. Die Beurteilung ihrer Güte kann deshalb nicht ausschliesslich über die Rücküberprüfung der Forschungssubjekte erfolgen. Dennoch wird in der qualitativ orientierten Forschung den Beforschten mehr Kompetenz zugebilligt als sonst üblich.

### **6. Triangulation**

Als letztes Mittel zur Überprüfung der Güte von qualitativer Forschung sei noch die Triangulation erwähnt. Indem verschiedene Datenquellen, Interpreten und Methoden herangezogen werden, wird versucht, für die Fragestellung unterschiedliche Lösungswege zu finden. Dabei ist es nie Ziel, die eine völlige Übereinstimmung zu erreichen; die Ergebnisse können jedoch verglichen werden und schliesslich zu einem kaleidoskopartigen Bild zusammengesetzt werden. Damit wird deren Differenziertheit und Aussagekraft erhöht.

Im Zusammenhang mit der Diskussion von Gütekriterien in der qualitativen Forschung ist ausserdem die Reliabilität, d.h. der Stabilität der vorgenommenen Messungen von Bedeutung. Um die Reliabilität einer qualitativen Erhebung zu messen, wird die Auswertung häufig von zwei oder mehreren unabhängigen Ratern vorgenommen und deren Ergebnisse miteinander verglichen. Dies ergibt die sogenannte Interrater-Reliabilität. Gemäss Ritsert ist jedoch zu beachten, eine hohe Übereinstimmung zwischen verschiedenen Kodierern nur bei sehr einfachen Analysen zu erreichen ist. „Je differenzierter und umfangreicher z.B. ein Kategoriensystem ist, desto schwieriger ist es, eine hohe Zuverlässigkeit der Resultate zu erreichen, obwohl gleichzeitig die inhaltliche Aussage der Untersuchung steigen kann“. (Ritsert, 1972; zit. nach Mayring, 2003, S. 110). Zur Berechnung der Interrater-Reliabilität werden in der Literatur verschiedene Möglichkeiten erwähnt. Dass einfachste Mass ist die Angabe der *prozentualen Übereinstimmung*. Sie wird berechnet, indem die Anzahl der Kodierer mit der Anzahl der übereinstimmenden Urteile multipliziert und diese Zahl durch die Anzahl aller Kodierurteile dividiert wird. Diese Berechnung kann für Analyse auf Nominalskalenniveau angewandt werden (Mayring, 2003, S. 113). Am gebräuchlichsten ist die Berechnung der Interrater-Reliabilität über das *Cohens Kappa*. Dieses kann mittels SPSS unter Angabe eines Signifikanzwertes ermittelt werden und ermöglicht unter Berücksichtigung der zufälligen Übereinstimmung eine Aussage über die Übereinstimmung zwischen zwei Ratern auf Nominalskalenniveau (Moser, 2001, S. 61). Der Kappa-Wert variiert zwischen 0 - 1. Werte von über 0.75 weisen auf eine hohe Übereinstimmung hin, Werte von 0.40 - 0.75 stehen für eine mässige bis gute Übereinstimmung und Werte von unter 0.40 zeigen eine geringe Übereinstimmung zwischen den Ratern an (Diehl und Stauffenbiel, 2001, S. 162). Der Kappa-Wert ist in der Regel etwas tiefer als die prozentuale Übereinstimmung, da die zufällige Überstimmung mit in die Berechnung einfliesst. Allgemein ist festzuhalten, dass die Interrater-Reliabilität von folgenden drei Punkten mit beeinflusst wird (Moser, 2001, S. 62).

- Komplexität und Umfang des Kategoriensystems
- Schulung der Kodierer und Sorgfalt beim Kodieren
- Genauigkeit der Definition der Kategorien

### **3. Grösseres Forschungsprojekt als Rahmen der Dissertation**

Die vorliegende Dissertation hat sich aus einem grösseren empirischen Forschungsprojekt heraus entwickelt. Dieses wurde im Jahre 2004 am Universitätsspital Zürich unter der Leitung von PD Dr. med. S. Büchi als Zusammenarbeit zwischen der Psychiatrischen Poliklinik und der Klinik für Neonatologie durchgeführt und befasste sich mit dem Thema „Leiden von Eltern nach der Geburt eines extrem frühgeborenen Kindes“ (Büchi, 2004). Das Projekt setzte sich aus einem quantitativen und einem qualitativen Teilprojekt zusammen (s. Abbildung 6). Ausgangstichprobe für den quantitativen Teil des Forschungsprojektes waren alle 118 Elternpaare (236 Personen), deren extrem frühgeborenes Kind (24. bis 26. Schwangerschaftswoche) zwischen dem 1.1.1998 und dem 31.12.2002 in der Klinik für Neonatologie des Universitätsspitals Zürich hospitalisiert gewesen waren. 24 von 236 Personen konnten wegen ungekannter Adresse nicht angeschrieben werden. Von den angefragten 212 Personen gaben 124 ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Studie. Von den 124 verschickten Fragebogen wurden bis zum Stichdatum vom 1.7.2004 92 Fragebogen retourniert, was einem Rücklauf von 74% entspricht. Die Gruppe der befragten Eltern setzte sich dabei aus 54 Eltern, die ihr frühgeborenes Kind verloren hatten und 38 Eltern, deren frühgeborenes Kind überlebt hatte, zusammen. Die Eltern wurden mittels Fragebogen in Bezug auf folgende Themen untersucht: Trauer, Depressivität, Ängstlichkeit, Soziale Unterstützung, Kohärenzsinn und persönliche Reifung. Ebenso wurde mittels der Papierversion von PRISM (s. Kap. 5.3.2) das subjektive Leiden der Eltern erhoben. Die Eltern wurden ausserdem retrospektiv in Bezug auf ihre Einschätzung der Betreuung auf der Neonatologie und die Entscheidungsfindung bezüglich Weiterführung, bzw. Abbruch der intensivmedizinischen Massnahmen befragt.

Um gewisse Aspekte des quantitativen Teils des Projektes zu vertiefen, wurde ein weiterer qualitativer Teil des Projektes durchgeführt. Geplant war die Durchführung von 25 retrospektiven semi-strukturierten problem-

zentrierten Interviews mit Eltern, die ihr frühgeborenes Kind verloren hatten. Ziel der Interviews war es - abgestützt auf vorbestehendes theoretisches Wissen - ausgewählte Themen aus dem quantitativen Teilprojekt mehr in die Tiefe zu explorieren. Folgende zwei Überlegungen führten dazu, lediglich die Gruppe der Eltern, die ihr frühgeborenes Kind verloren hatten, zu untersuchen:

- Für eine genauere Untersuchung des Themas Leiden (Schwerpunkt der gesamten Studie) schien die Gruppe der Eltern, die ihr Kind verloren hatte, geeigneter als die Gruppe der Eltern, deren Kind überlebte hatte.
- Die Berücksichtigung beider Gruppen von Eltern hätte bei einer relativ kleinen Stichprobe zu einer grossen Anzahl von sehr unterschiedlichen Fragestellungen geführt, da sich die Situation von Eltern, die ihr frühgeborenes Kind verlieren von der Situation derjenigen Eltern, deren Kind überlebt, grundsätzlich unterscheidet. Durch die Beschränkung auf die Gruppe der Eltern, die ihr frühgeborenes Kind verloren hatte, konnte eine Homogenisierung der Stichprobe und somit eine Fokussierung auf bestimmte Fragestellungen erreicht werden.

Im qualitativen Teilprojekt wurden folgende Themenbereiche, bzw. Fragestellungen untersucht:

### **1. *Leiden der Eltern und Veränderung des Leidens***

Wie stellt sich das Leiden von Eltern auf emotionaler, kognitiver, körperlicher und sozialer Ebene nach dem Verlust ihres frühgeborenen Kindes dar? Wie verändert sich das Leiden nach dem Verlust des Kindes bis zum Zeitpunkt des Interviews?

### **2. *Persönliche Reifung***

Finden bei den betroffenen Eltern durch den Verlust ihres frühgeborenen Kindes Reifungsprozesse statt? Wenn Ja, welche Inhalte von persönlicher Reifung werden von den Eltern genannt?

### **3. *Paarbeziehung***

Welchen Einfluss hat der Verlust eines frühgeborenen Kindes auf die Paarbeziehung?

Für die Durchführung der Interviews wurde ein detaillierter Interviewleitfaden mit folgenden Themenpunkten ausgearbeitet (s.a. Anhang 254-256):

1. Einleitung: Vorstellen, Kennenlernen der Person
2. Einstieg ins Interview: Situation heute, Rückblick auf Schwangerschaft, Geburt, Tod, erste Monate nach dem Verlust des Kindes
3. Bedeutung des verstorbenen Kindes und weiterer Lebensbereiche während Schwangerschaft, Geburt, erste Monate nach dem Verlust, heute (exploriert anhand von PRISM, s. Kap. 5.3.2)
4. Leiden allgemein
5. Leiden bezogen auf die Situation der Eltern (emotionale, kognitive, körperliche und soziale Ebene)
6. Persönliche Reifung
7. Paarbeziehung
8. Schluss

Insgesamt wurden 24 Interviews durchgeführt; 19 davon waren für eine weitere Auswertung geeignet. Für die detaillierten Angaben zur Stichprobenauswahl, Datenerhebung, -aufbereitung und -auswertung s. Kapitel 5.2 - 5.6.



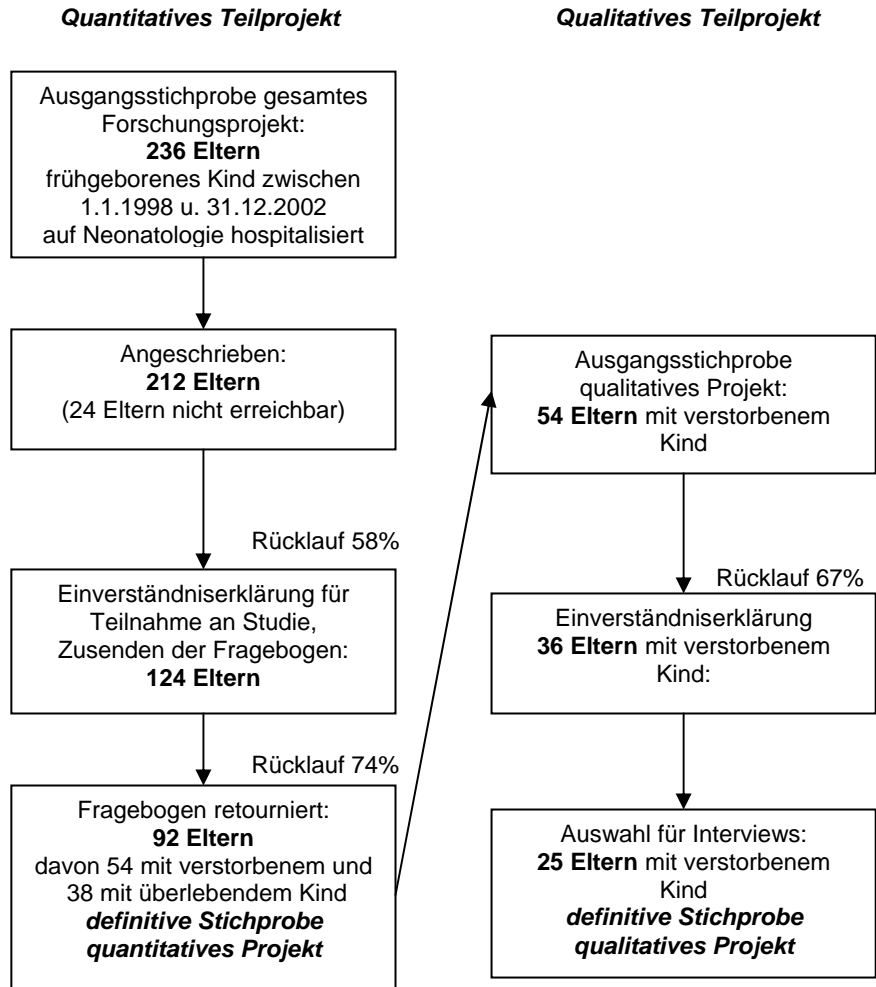


Abbildung 6: Stichprobengewinnung und Rücklaufquoten quantitatives und qualitatives Forschungsprojekt Neonatologie

Anmerkung: Mit „Eltern“ werden Einzelpersonen bezeichnet

## 4. Fragestellungen

### 4.1 Einleitende Bemerkungen

Aufgrund des gewonnenen Datenmaterials und des Interesses der Dissertandin wurden die Themenbereiche des qualitativen Forschungsprojektes modifiziert und für die vorliegende Dissertation neu festgelegt:

Anstelle des Themenbereichs „Leiden und Veränderung des Leidens“ wurde neu der Themenbereich 1 „Erleben der Eltern und Verarbeitungsprozess“ formuliert. Da die erhobenen Bereiche (Emotionen, Kognitionen, körperliches Erleben sowie soziales Netzwerk) psychologisch relevanten Variablen entsprechen, zeigte sich das Datenmaterial als geeignet, das Erleben der Eltern zu beschreiben. Anhand der Veränderungen des Erlebens über die Zeit lässt sich ausserdem ein innerpsychischer Verarbeitungsprozess abbilden. Auf den Themenbereich 2 „Belastung und Unterstützung“ wurde fokussiert, weil sich in den Gesprächen zeigte, dass die Eltern spontan viele Erlebnisse und Umstände nannten, die sie belasteten oder unterstützten. Auch ohne spezifisch danach gefragt zu haben, schien es im Sinne des Vorgehens der grounded theory (Glaser & Barney, 1998) interessant, diese Aussagen zu analysieren (s. Kap. 2.5.4 e). Die Themenbereiche „Persönliche Reifung“ sowie „Paarbeziehung“ wurden beibehalten.

Das Datenmaterial wurde für die vorliegende Dissertation im Hinblick auf folgende Fragestellungen untersucht:

### 4.2 Fragestellungen zum Themenbereich 1: Erleben der Eltern, Verarbeitung des Verlustes

- Wodurch zeichnet sich das Erleben von Eltern nach dem Verlust ihres extrem frühgeborenen Kindes aus in Bezug auf Emotionen, Kognitionen, körperliches Erleben und das soziale Netzwerk zu den drei Zeitpunkten Verlust des Kindes, 6 Monate sowie 3.5 - 6.5 Jahre nach dem Verlust? Welche Inhalte werden von den Eltern erwähnt? In welcher Häufigkeit werden diese genannt?

- Wie verändern sich die untersuchten vier Erlebensbereiche inhaltlich und quantitativ über die erwähnten drei Zeitpunkte? Lässt sich ein Verarbeitungsprozess erkennen?
- Welche Hinweise lassen sich aus diesen Erkenntnissen für die professionelle Begleitung solcher Eltern ableiten?

#### **4.3 Fragestellungen zum Themenbereich 2: Belastung und Unterstützung: was brauchen Eltern?**

- Welche belastenden Faktoren werden von den Eltern zum Zeitpunkt des Spitalaufenthaltes, 6 Monate sowie 3.5 - 6.5 Jahre nach dem Verlust des Kindes genannt? In welcher Häufigkeit werden diese Faktoren erwähnt?
- Was erleben Eltern zu den erwähnten drei Zeitpunkten als unterstützend? In welcher Häufigkeit werden diese Faktoren genannt?
- Gibt es bei den belastenden und hilfreichen Faktoren inhaltlich und quantitativ Geschlechtsunterschiede?
- Welche Hinweise lassen sich aus diesen Resultaten für professionelle Helfer ableiten?

#### **4.4 Fragestellungen zum Themenbereich 3: Persönliche Reifung**

- Erleben Eltern durch den Verlust ihres frühgeborenen Kindes retrospektiv auch positive Aspekte?
- Wenn Ja, welche Inhalte von persönlicher Reife werden von den Eltern genannt? In welcher Häufigkeit werden diese erwähnt?
- Gibt es inhaltlich und quantitativ Unterschiede zwischen Müttern und Vätern?

#### **4.5 Fragestellungen zum Themenbereich 4: Paarbeziehung**

- Wie erleben die Eltern die Paarbeziehung zu den erwähnten drei Zeitpunkten?
- Gibt es Gemeinsamkeiten, Spannungsfelder und Konfliktpunkte?

## **5. Methodik**

### **5.1 Design**

Die vorliegende Dissertation wurde wie erwähnt aus dem qualitativen Teilprojekt des übergeordneten Forschungsprojektes Neonatologie entwickelt (s. Kapitel 3). Das Design der Dissertation deckt sich deshalb mit demjenigen des qualitativen Teilprojektes.

Ziel der Untersuchung war es, das subjektive Erleben der betroffenen Eltern besser zu erfassen. Diesem Ziel kommt ein qualitatives Vorgehen mit dem Anspruch, menschliches Erleben und Verhalten in seinem natürlichen Lebenszusammenhang zu erklären, am besten näher. Wie in Kapitel 2.5.4 beschrieben, geht qualitative Forschung vom Subjekt aus und interessiert sich für dessen Perspektive. Mit qualitativen Methoden kann in die Tiefe exploriert und Neues, bislang Ungekanntes in Erfahrung gebracht werden. Aufgrund der bereits durchgeführten quantitativen Untersuchung und entsprechendem Literaturstudium war schon einiges über den Forschungsgegenstand, d.h. die Eltern mit einem frühgeborenen Kind bekannt. Es wurde deshalb entschieden, die Datenerhebung mittels Problemzentrierter Interviews durchführen. Diese Interviewform verbindet die Vorteile einer Strukturierung des Gesprächs mit grösstmöglicher Authentizität und Offenheit (Höltzl, 1994, S. 65). Da die Einstiegsfrage sehr offen formuliert wurde und die InterviewteilnehmerInnen meist frei und ohne Strukturierungshilfe von aussen über ihr Erleben berichteten, könnte der erste Teil des Interviews auch als Narratives Interview bezeichnet werden (Kapitel 2.5.5 c)2).

### **5.2 Stichprobe**

Die Stichprobe der im folgenden beschriebenen Untersuchung besteht aus 19 Eltern (10 Mütter und 9 Väter), die ihr extrem frühgeborenes Kind zwischen dem 1.1.1998 und dem 31.12.2002 in der Klinik für Neonatologie des Universitätsspitals Zürich verloren hatten.

Für die Rekrutierung der Stichprobe wurden 52 der insgesamt 54 Eltern der Gruppe der Eltern aus der Fragebogenuntersuchung, die ihr frühgeborenes Kind verloren hatten, angefragt, ob sie bereit wären, an einem Interview teilzunehmen. Die Interviews waren beim Versand der Fragebogen schon vorangekündigt worden. Zwei Eltern wurden aufgrund von ungenügend guten Deutschkenntnissen nicht angefragt. Von den 52 angefragten Eltern erklärten sich 36 bereit für ein Interview, was einem Rücklauf von 67% entspricht. Die Interviews waren als Einzelgespräche konzipiert. Die Selektion der Interviewpartner erfolgte nach folgenden Kriterien:

- Bereitschaft, für das Interview ins Universitätsspital zu kommen (gleichbleibende Untersuchungsbedingungen)
- Ausgewogenheit des Geschlechts
- Berücksichtigung von Eltern, deren Partner ebenfalls interviewt wurde und Eltern, deren Partner nicht interviewt wurde (grössere Variabilität des Erlebens)
- früher Zeitpunkt der Antwort zum Einverständnis für das Interview

Von den 25 geplanten Einzelinterviews konnten 24 Gespräche durchgeführt werden; eine Person erschien nicht zum Interview. 19 der 24 durchgeführten Gespräche waren für eine weitere Auswertung geeignet. Fünf Interviews mussten ausgeschlossen werden, da besondere Umstände der Personen die Datenauswertung stark verzerrt hätten: bei zwei Gesprächen handelte es sich um Interviewpartner, bei denen eine Paarproblematik im Vordergrund des Gespräches stand; bei zwei Personen lag eine spezielle, sehr komplexe Schwangerschaftssituation vor (Reduktion eines Fötus' bei Drillingsschwangerschaft, danach Verlust der Zwillinge); eine Mutter hatte in der Folge noch einmal ein Kind verloren und bezeichnete diesen Verlust als den ersten bei weitem überschattend.

Die Gruppe der Eltern, mit denen ein Interview durchgeführt wurde, ist in Bezug auf die Variablen Alter der Eltern, Trauer, Persönliche Reifung, Kohärenzsinn, soziale Unterstützung, Ängstlichkeit, Depressivität und Einschätzung des Glücks in der Paarbeziehung mit der Gruppe der Eltern, die nicht an einem Interview teilnahmen, vergleichbar (Anhang, Kapitel 1.2, Tabellen 16 und 18). Für die Auswahl der 19 Interviewpartner in Bezug auf Gesamtgruppe der 52 angefragten Eltern kann deshalb von einer repräsentativen Stichprobe ausgegangen werden.

## 5.3 Messinstrumente

### 5.3.1 Interviewleitfaden

Wie bei Problemzentrierten Interviews üblich, wurde im Vorfeld der Durchführung der Interviews und ausgehend von einer theoretischen Auseinandersetzung mit den Themenbereichen ein detaillierter Interviewleitfaden entwickelt. Dieser gliedert sich in folgende Themenpunkte (Anhang, S. 252-254):

1. Einleitung: Vorstellen, Kennenlernen der Person , Klärung des Rahmens
2. Einstieg ins Interview: Situation heute, Rückblick auf Schwangerschaft, Geburt, Tod, erste Monate nach dem Verlust
3. Bedeutung des verstorbenen Kindes und weiterer Lebensbereiche während Schwangerschaft, Geburt, erste Monate nach dem Verlust, heute (exploriert anhand von PRISM, Kapitel 5.3.2)
4. Leiden allgemein
5. Leiden bezogen auf die Situation der Eltern (emotionale, kognitive, körperliche und soziale Ebene)
6. Persönliche Reifung
7. Paarbeziehung
8. Schluss

*Zu Punkt 1:*

Zu Beginn des Gesprächs stellte sich die Interviewleiterin kurz vor, und es wurde der zeitliche Rahmen besprochen. Ebenso wurden die Interviewteilnehmer um ihr Einverständnis, das Gespräch auf Tonband aufzunehmen gefragt und die Zusendung der Resultate aus den Interviews in Aussicht gestellt.

*Zu Punkt 2:*

Dieses Thema war als Einstieg ins Interview und als Überleitung zu den Interviewthemen gedacht. Die Eltern wurden mit einer offenen Frage in Bezug auf ihre aktuelle Lebenssituation (Familie, Beruf, Hobbys) sowie auf die Ereignisse rund um die Geburt und den Tod des Kindes und die Zeit nach dem Verlust befragt.

*Zu Punkt 3 (PRISM; s. Kapitel 5.3.2):*

Die Eltern wurden in einer ersten Runde aufgefordert, für das verstorbene Kind einen farbigen Magnet auszuwählen und ihn in einer für sie richtig erscheinende Distanz zum gelben Kreis (Ich) hinzulegen. Dieses Vorgehen wurde für die vier Zeitpunkte Schwangerschaft, Zeit im Spital, sechs Monate nach dem Verlust des Kindes sowie Zeitpunkt der Interviews mit je einer PRISM-Tafel durchgeführt. In einem nächsten Schritt fügten die Eltern die für sie wichtigen Lebensbereiche wie Ehepartner, Arbeit, Freunde in Form von weiteren farbigen Kreisen auf den Tafeln hinzu. Insgesamt gestalteten die Interviewpartner also vier PRISM-Tafeln.

*Zu Punkt 4:*

Die Interviewteilnehmer wurden über ihre Vorstellungen zum Thema Leiden gefragt.

*Zu Punkt 5:*

In diesem Themenpunkt wurden die Eltern ausführlich über ihr Erleben auf emotionaler, kognitiver, körperlicher und sozialer Ebene in der leidvollen Situation des Verlustes ihres Kindes befragt. Die Fragen bezogen sich retrospektiv auf die beiden Zeitpunkte Aufenthalt auf der Neonatologie und sechs Monate nach dem Verlust des Kindes. Ebenso wurden die Eltern gebeten, über ihr Erleben zum heutigen Zeitpunkt, also 3.5 - 6.5 Jahre nach dem Verlust des Kindes zu berichten. Zur Unterstützung des Gesprächs wurden die jeweiligen PRISM-Tafeln auf den Tisch gelegt.

*Zu Punkt 6:*

Die Eltern wurden gefragt, ob es für sie in der schmerzlichen Erfahrung des Verlustes ihres Kindes auch positive Aspekte gegeben hätte und falls Ja, welche Themen diese beinhalten würden.

*Zu Punkt 7:*

Im letzten Abschnitt des Interviews wurden die Eltern gefragt, wie sie die Beziehung zu ihrem Partner in der Zeit des Verlustes des Kindes und während der nachfolgenden Monate erlebt hatten, ob es Spannungsfelder gegeben hatte in der Beziehung zum Partner und inwieweit sie sich über ihr inneres Erleben mit dem Partner hatten austauschen können.

### *Gewichtung der Themenbereiche während des Interviews*

Vor der eigentlichen Erhebung wurden zwei Probeinterviews durchgeführt. In diesen zeigte sich, dass die Gewichtung der Themen des Interviewleitfadens anders ausfiel als geplant und erwartet. Während der Rückblick auf Schwangerschaft und Geburt und die Zeit danach (Punkt 2) als kurze Einstiegsfrage gedacht war, wurde diese Frage von den Eltern sehr ausführlich beantwortet. Es war den Eltern ein grosses Bedürfnis, detailliert über die erlebte Situation rund um den Verlust ihres frühgeborenen Kindes sowie den Verlauf der Ereignisse zu berichten und den Bogen zur aktuellen Situation zu spannen. Auf viele Fragen, die nachfolgende Themen des Interviews betreffen (s.a. Punkt 5-7) wurde schon hier geantwortet. Da die Punkte 2, 3, 5 und 6 viel Zeit und psychische Energie der Interviewpartner beanspruchten, blieb für die Themen 4 und 7 weniger Raum und sie wurden deshalb weniger ausführlich und differenziert ausgeleuchtet. Um den Gesprächsfluss und damit die für die Interviews notwendige Vertrauensbasis nicht zu gefährden, wurde in Absprache mit dem Forschungsteam davon abgesehen, die Gespräche mehr zu strukturieren und die Vorgabe des Interviewleitfadens auch zeitlich möglichst strikt einzuhalten. Die Beobachtungen aus den Probeinterviews bestätigten sich fast ausnahmslos in allen nachfolgenden Interviews.

### **5.3.2 PRISM**

Der PRISM (Pictorial Representation of Illness and Self Measure) ist ein von PD Dr. S. Büchi entwickeltes validiertes Messinstrument zur Erfassung von subjektivem Leidensdruck (Büchi, 2002). Der PRISM besteht aus einer weissen magnetischen Tafel (30x20cm), auf welcher in der rechten unteren Ecke ein gelber Kreis aufgemalt ist. Ebenso gehören verschiedene farbige magnetische Scheiben aus Plastik von ca. 3cm Durchmesser zum PRISM. Die weisse Tafel soll das Lebensfeld der Person darstellen, der gelbe Kreis steht für die befragte Person selbst (Self). Die farbigen Kreise können verschiedene Bedeutungen haben, z.B. eine Krankheit oder eine andere Belastung, der die Person ausgesetzt ist. Anhand der Distanz zwischen dem



gelben Kreis (Self) und dem für Kreis, der das subjektive Leiden (Illness) der Versuchsperson darstellt, kann der Leidensdruck der betreffenden Person gemessen werden. Diese Distanz wird Self-Illness-Separation SIS genannt.

In den Interviews wurde der PRISM verwendet, um die Bedeutung des verstorbenen Kindes und die Veränderung des Stellenwertes des Kindes über die Zeit bildlich darzustellen. Ebenso konnten mittels PRISM weitere wichtige Lebensbereiche der Interviewpartner, deren Beziehung zueinander und deren Veränderung über die Zeit aufgezeigt werden. Die PRISM Tafeln dienten aufgrund ihrer Anschaulichkeit auch als Gesprächshilfe.

### **5.3.3 Soziodemographische Angaben**

Die soziodemographischen Angaben (Beruf, Alter, Zivilstand) zu den Interviewteilnehmerinnen waren schon in der quantitativen Untersuchung erhoben worden.

## **5.4 Datenerhebung**

Die Interviews wurden in den Monaten November und Dezember 2005 an der Psychiatrischen Poliklinik des Universitätsspitals Zürich von einer psychotherapeutisch ausgebildeten Psychologin (Dissertandin) durchgeführt. Die Termine waren im Vorfeld mit den Eltern telefonisch vereinbart und schriftlich bestätigt worden. Durch die Konstanz von Untersuchungsraum und Untersucherin sollten möglichst gleich bleibende Untersuchungsbedingungen gewährleistet werden. Die Länge der Interviews betrug bei einer durchschnittlichen Länge von 90 Min. zwischen 60 und 120 Minuten.

Alle Interviews wurden im Einverständnis mit den Interviewteilnehmern auf Tonband aufgenommen, anschliessend auf Computer übertragen und gespeichert. Alle PRISM-Tafeln wurden mittels einer Digitalkamera festgehalten und ebenfalls auf dem Computer gespeichert. Ebenso verfasste die Interviewleiterin im Anschluss an jedes Interview begleitende Notizen

zu Beobachtungen, die sie während des Interviews gemacht hatte und wichtig erscheinende Begleitumstände zu den Interviewpartnern.

## **5.5 Datenaufbereitung**

Alle Interviews wurden wörtlich transkribiert und anhand der Tonbandaufnahmen von der Interviewleiterin kontrollgelesen. Die Word-Dokumente der Transkripte wurden in txt-Dokumente umformatiert, um ins Auswertungsprogramm Atlas-ti eingelesen werden zu können.

## **5.6 Datenauswertung**

### **5.6.1 Einleitende Bemerkungen**

Die Interviews wurden anhand des Programms Atlas-ti computergestützt ausgewertet. Die Auswertung erfolgte nach der Methode der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse mit induktiver Kategorienbildung. (Mayring, 2003, S. 7). Um ein möglichst kohärentes und stabiles Kategoriensystem zu entwickeln, wurden die einzelnen Ober- und Unterkategorien genau definiert (Anhang, Tabellen 21-30).

Zur Veranschaulichung des konkreten Auswertungsprozesses werden die in Kap. 2.5.5e) illustrierten Arbeitsschritte an dieser Stelle nochmals in Bezug auf die vorliegende Untersuchung beschrieben (Abbildung 7):

Wie in Kap. 2.5.5 e) erwähnt wurde zuerst - ausgehend von übergeordneten theoretischen Überlegungen - das Ziel der Untersuchung, d.h. die Themenbereiche und Fragestellungen festgelegt. Dies war für die vorliegende Untersuchung die Exploration der vier Themenbereiche „Erleben der Eltern“, „Belastungen - Unterstützung“, „Persönliche Reifung“ und „Paarbeziehung“. Als nächster Schritt folgte die Festlegung des Abstraktionsniveaus und der Selektionskriterien. Diese beiden Parameter leiten sich aus den Fragestellungen ab. Das Abstraktionsniveau legt fest, auf welchem abstrakten, bzw. konkreten Niveau das Datenmaterial ausgewertet wird; die Selektionskriterien bestimmen, nach welchen Kriterien die Oberkategorien definiert und die Textstellen ausgewählt werden. Beim Themenbereich

Erleben der Eltern z.B. wurde das Abstraktionsniveau auf der durch das bio-psycho-soziale Modell (Uexhüll, 2003) vorgegebene Abstraktionsebene von Psyche, Körper und Sozialem Umfeld festgelegt. Die dazugehörigen Erlebensbereiche „Emotionen“, „Kognitionen“, „körperliches Erleben“ und „soziales Netzwerk“ bildeten in der Folge die Selektionskriterien für die auszuwählenden Textstellen. Das Datenmaterial wurde nun unter dem Blickwinkel der Selektionskriterien, bzw. Oberkategorien Zeile für Zeile durchgearbeitet und die ausgewählten Textstellen induktiv gebildeten Unterkategorien zugeordnet. Für die Oberkategorie „Emotionen“ des Themenbereichs Erleben der Eltern entstanden so beispielsweise die Unterkategorien Trauer, Hoffnung, Schmerz. Die Unterkategorien wurden dabei genau definiert. So entstand ein allmählich wachsendes Kategoriensystem mit Ober- und Unterkategorien. Nach einer gewissen Anzahl durchcodierter Textstellen wurde das Kategoriensystem überarbeitet und inhaltlich nahestehende Kategorien zusammengefasst. Das Textmaterial wurde anhand des überarbeiteten Kategoriensystems nochmals durchgegangen und Textstellen definitiv ausgewählt und den Unterkategorien zuordnet. Das entstandene Kategoriensystem stand nun für die Interpretation oder für weitere Analysen, z.B. quantitativer Art zur Verfügung. Für die vorliegende Untersuchung wurde die Anzahl Antworten pro Oberkategorie und Unterkategorie bestimmt sowie Geschlechtunterschiede in Bezug auf die Anzahl Antworten bestimmt. Zur Überprüfung der Reliabilität der Inhaltsanalyse (Zuordnung zu den Kategorien) wurden gewisse Passagen des Textmaterials von einem zweiten Kodierer durchgearbeitet und die Zuordnungen untereinander verglichen (Interrater-Reliabilität).

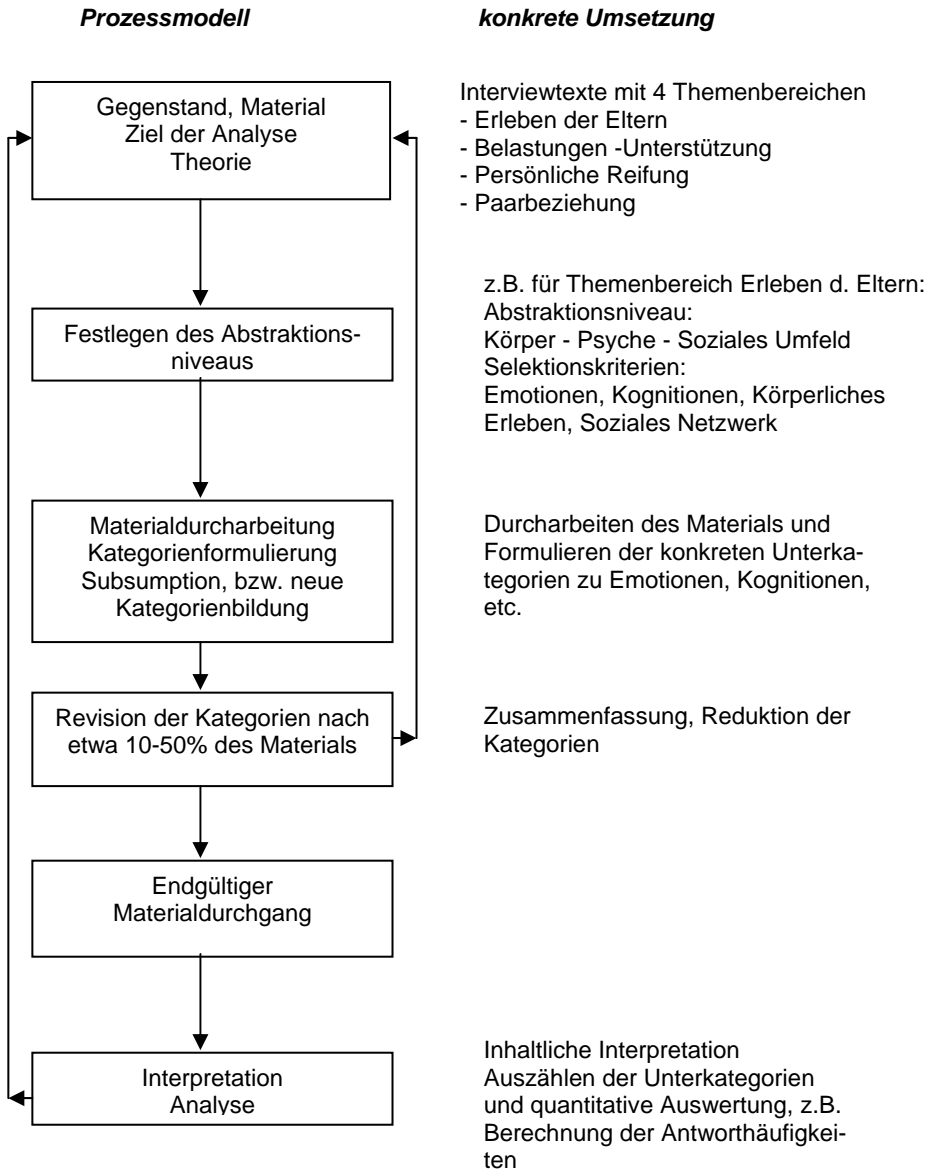


Abbildung 7: Prozessmodell induktiver Kategorienbildung (nach Mayring, 2003, S. 75) und Umsetzung in der Untersuchung

### 5.6.2 Themenbereich 1: Erleben der Eltern

Das Abstraktionsniveau wurde - ausgehend vom bio-psycho-sozialen Modell nach Uexhüll (2003) des heutigen medizinischen Verständnisses des Menschen - wie erwähnt auf der Abstraktionsebene Körper-Psyche-Soziales Umfeld festgelegt. Davon ausgehend bildeten die vier Bereiche Emotionen, Kognitionen, körperliches Erleben und soziales Netzwerk die Selektionskriterien der Analyse. Diese Kriterien bilden gleichzeitig die Oberkategorien des Kategoriensystems. Sie wurden für die drei Zeitpunkte Spitalaufenthalt (T1), 6 Monate nach dem Verlust des Kindes (T2) sowie 3.5 - 6.5 Jahre nach dem Verlust des Kindes (T3) ausgewertet.

Im konkreten Vorgehen wurden die Interviewtexte Zeile für Zeile durchgegangen und beurteilt, welche Textstellen inhaltlich zu einer der vier Oberkategorien und zu einem der drei Zeitpunkte passen. Die so selektierten Textstellen wurden schliesslich induktiv gebildeten und definierten Unterkategorien zugeordnet. Jede Textstelle, die eines der vier Selektionskriterien zu einem der drei Zeitpunkte erfüllte, wurde dahingehend geprüft, ob sie unter eine der schon definierten Unterkategorien subsumiert werden konnte oder induktiv wieder eine neue Unterkategorie gebildet werden musste. Mit zunehmender Anzahl kodierter, d.h. ausgewerteter Interviews entstand so für die drei Zeitpunkte T1-T3 ein differenziertes System von Oberkategorien (Erlebensbereiche) und Unterkategorien (Inhalte der Erlebensbereiche). Gemäss den Vorgaben von Mayring zur zusammenfassenden Inhaltsanalyse (2003, S. 98) wurde parallel zum Kodieren ein detaillierter Codeplan erstellt in dem jede Ober- und Unterkategorie (Ausprägung der Variable) genau definiert wurde (Anhang, Kapitel 2.1., Tabellen 21-23). Nach ca. 1/3 der Kodierungsarbeit erfolgte die Ermittlung der Interrater-Reliabilität durch einen zweiten Rater. Dabei wurden ausgewählte Interviewabschnitte auf die Übereinstimmung der gewählten Textstellen (Analyseeinheiten) und deren Zuordnung zu einer Unterkategorie geachtet. Der Codeplan wurde in mehreren Durchgängen laufend angepasst, bis das Mass für die Interrater-Reliabilität, d.h. die Übereinstimmung bezüglich der Unterkategorien (Cohen's Kappa) 0.8 erreichte. Nach Durcharbeiten aller Interviews wurden inhaltlich nahestehende Unterkategorien zusam-

mengefasst, um eine Reduktion der grossen Anzahl von Unterkategorien und damit eine bessere Übersicht zu erreichen. Aufgrund der grossen Anzahl von Unterkategorien im Bereich Emotionen wurden für diesen Bereich inhaltlich sinnvolle Zwischenkategorien gebildet, welchen die Unterkategorien zugeordnet wurden. Die Zwischenkategorien gliederten sich thematisch in folgende drei Bereiche: Emotionen, welche das Kind betreffen; Emotionen, welche das Selbsterleben betreffen; Emotionen, welche die Paarbeziehung betreffen. Die Interviews wurden nun anhand des überarbeiteten Kategoriensystems ein zweites Mal durchgearbeitet. In den Unterkategorien sind Mehrfachnennungen pro Versuchsperson möglich (z.B. Erwähnen von Unterstützung durch Freundin und Eltern in der Zeit nach dem Verlust ergibt zwei Antworten für die Kategorie „Unterstützung durch Freunde/Familie zu Hause“ oder Erwähnen des Verfassens von Geburtskarten und der Planung der Beerdigung während des Spitalaufenthalts ergibt zwei Antworten für die Unterkategorie „Rituale während Spitalaufenthalt“).

Nach Durchgehen des ganzen Textmaterials wurden die Häufigkeiten der Antworten der Ober- und Unterkategorien ermittelt und in einer Excell-Tabelle dargestellt. Um den Stichprobenunterschied von 10 Müttern und 9 Vätern auszugleichen, wurden für die Bestimmung von Geschlechtsunterschieden der Antworthäufigkeiten die Antworten der Mütter mit dem Faktor 0.9 multipliziert. Ebenso wurden die Mediane der Antworthäufigkeiten der Oberkategorien berechnet (Kapitel 6.2.2., Abbildung 8). Ausgehend von der Annahme, dass wichtige Inhalte häufig genannt werden, ermöglichten die Häufigkeitsangaben zu Unterkategorien eine Aussage über die Gewichtung der erwähnten Inhalte (Tabellen 6-8). Ebenso kann anhand der Veränderungen Häufigkeiten der Ober- und Unterkategorien eine Aussage über den Prozess der Verarbeitung des Verlustes gemacht werden.

### **5.6.3 Themenbereich 2: Belastungen und Unterstützung: was brauchen Eltern?**

Dieser Themenbereich war wie in Kapitel 4.1 erwähnt, nicht im Vorfeld der Untersuchung festgelegt worden, sondern kristallisierte sich im Laufe der Auswertung der Themenbereiche 1 und 3 als interessant heraus. Die Selektionskriterien, bzw. Oberkategorien wurden im Vorfeld der konkreten Analyse folgendermassen festgelegt: Unterstützung der Eltern, bzw. Belastungen der Eltern zu den fünf folgenden Zeitpunkten: Vorfeld der Schwangerschaft (T00), Schwangerschaft (T0), Spitalaufenthalt (T1), 6 Monate nach Verlust des Kindes (T2), Interviewzeitpunkt, bzw. 3.5 - 6.5 Jahre nach dem Verlust des Kindes (T3). T1 - T3 entsprechen den Zeitpunkten von Themenbereich 1; die Ausweitung der Analyse auf die Zeitpunkte T00 und T0 schien sinnvoll, da für diese beiden Zeitpunkte von den Eltern wiederholt Angaben gemacht wurden, die für das Verständnis des weiteren Erlebens interessant schienen (z.B. ungenügende Betreuung durch den Gynäkologen während der Schwangerschaft oder Notwendigkeit von medizinischen Massnahmen zur Induktion der Schwangerschaft und damit verbundener zeitlicher und finanzieller Aufwand).

Nach Festlegen der Oberkategorien erfolgte die Auswertung analog zur Auswertung des Themenbereichs 1: Zeilenweises Durcharbeiten der Interviewtexte und Zuordnen von entsprechenden Textstellen zu induktiv gebildeten, inhaltlich passenden Unterkategorien; Aufbau eines detaillierten Kategoriensystems, bestehend aus den Oberkategorien Belastungen - Unterstützung und Unterkategorien (Inhalte zu Belastung und Unterstützung) (Anhang, Kapitel 2.2., Tabellen 24-28). Die Ermittlung der Interrater-Reliabilität erfolgte wieder durch das Raten von mehreren Interviews durch einen zweiten Rater anhand des bestehenden Kategoriensystems, wobei das Cohens Kappa nach drei Durchgängen 0.83 betrug. Da das Kategoriensystem nach Durchsicht aller Interviews nur geringfügig angepasst werden musste, wurde auf eine zweite Durchsicht der Interviews verzichtet.

Im Anschluss an die qualitative Analyse erfolgte analog zum Vorgehen für den Themenbereich 1 eine quantitative Auswertung (Bestimmung der

Antworthäufigkeiten der Ober- und Unterkategorien gesamthaft sowie für Väter und Mütter getrennt; Ermittlung der Mediane der Anzahl Antworten pro Oberkategorie).

### 5.6.4 Themenbereich 3: Persönliche Reifung

Beim Themenbereich persönliche Reifung war nur ein Selektionskriterium, nämlich die Oberkategorie Reifung vorhanden. Beim Durcharbeiten des Textmaterials wurden alle Antworten, welche sich auf diese Oberkategorie bezogen, als thematische Unterkategorien von Reifung definiert und codiert. Das Vorgehen bei der Auswertung erfolgte wiederum nach dem für den Themenbereich 1 in Kapitel 6.5.2 beschriebenen Ablauf. Nach Durcharbeiten aller Interviews wurden inhaltlich nahe stehende Unterkategorien zusammengefasst, um eine Reduktion der grossen Anzahl von Unterkategorien und damit eine bessere Übersicht zu erreichen. Ebenso wurden folgende vier thematisch sinnvolle Zwischenkategorien gebildet, denen die 19 Unterkategorien zugeordnet wurden: „Soziales/Beziehungen“, „Persönliche Werte“, „Selbst-Bewusstheit/Selbsterleben“, „Spiritualität“ (Anhang, Kapitel 2.3., Tabelle 29). Die Interviews wurden nun anhand des überarbeiteten Kategoriensystems ein zweites Mal durchgearbeitet. Im Anschluss daran erfolgte wiederum die Ermittlung der Interrater-Reliabilität durch einen zweiten Rater. Dabei wurde für jeweils drei Interviews anhand des bestehenden Kategoriensystems die Übereinstimmung der Zuordnungen der Textstellen zu den Unterkategorien überprüft. Cohen's Kappa erreichte einen Wert von 0.85. Wiederum wurden die Häufigkeiten der Antworten der Zwischen- und Unterkategorien gesamthaft sowie für Mütter und Väter getrennt berechnet und die Mediane der Anzahl Antworten der Zwischenkategorien ermittelt.

### 5.6.5 Themenbereich 4: Paarbeziehung

Beim Themenbereich Paarbeziehung war nur wiederum nur ein Selektionskriterium, nämlich die Oberkategorie Paarbeziehung vorhanden. Beim Durcharbeiten des Textmaterials wurden für alle Aussagen, welche sich



auf diese Oberkategorie bezogen, induktiv thematische Unterkategorien definiert und mit einem Code versehen. Auch hier erfolgte das Vorgehen bei der Auswertung nach dem für den Themenbereich 1 in Kapitel 6.5.2 beschriebenen Ablauf. Nach Durcharbeiten wurden die gebildeten Unterkategorien folgenden drei thematisch sinnvollen Zwischenkategorien zugeordnet: „Paarbeziehung Unterstützendes“, „Paarbeziehung Belastendes/Konflikthaftes“, „Paarbeziehung Anderes“ (Anhang, Kapitel 2.4., Tabelle 30). Da das Cohens Kappa in einem ersten Rating Durchgang von drei Interviews Werte von lediglich 0.44 - 0.73 erreichte, wurde das Kategoriensystem nochmals überarbeitet und alle Interviews ein zweites Mal codiert. Bei erneuten Raten von zwei weiteren Interviews nach dem überarbeiteten Kategoriensystem betrug das Cohens Kappa 0.60, bzw. 0.63. Auch für diesen Themenbereich wurden die Häufigkeiten der Antworten der Zwischen- und Unterkategorien gesamthaft sowie für Mütter und Väter getrennt ermittelt.

## 6. Resultate

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung werden in fünf Unterkapiteln dargestellt. Im *ersten Unterkapitel 6.1* wird die Stichprobe beschrieben. Die *Unterkapitel 6.2 - 6.5* widmen sich der Darstellung der Resultate der vier untersuchten Themenbereiche „Erleben der Eltern und Verarbeitung des Verlustes“ (Kapitel 6.2), „Belastungen und Unterstützung: was brauchen Eltern?“ (Kapitel 6.3); „Persönliche Reifung“ (Kapitel 6.4) und „Paarbeziehung“ (Kapitel 6.5).

### 6.1 Soziodemographische Angaben

Wie Tabelle 5 zeigt, setzt sich die Stichprobe der 19 ausgewerteten Interviews schlussendlich folgendermassen zusammen:

Es wurde mit zehn Müttern und neun Vätern ein Interview durchgeführt. Das Alter der Versuchspersonen zum Zeitpunkt des Verlustes des Kindes lag zwischen 20 und 44 Jahren (Median 31 Jahre), alle waren verheiratet. Bei 12 Versuchspersonen wurden beide Elternteile interviewt, bei 7 Versuchspersonen nahm nur ein Elternteil am Interview teil. Bei 15 der Interviewteilnehmer war die Schwangerschaft auf natürlichem Weg zustande gekommen, bei vier Interviewteilnehmern mit hormoneller Unterstützung oder durch in vitro-Befruchtung. Es wurden in 13 Fällen ein Einling, in fünf Fällen Zwillinge und in einem Fall Drillinge erwartet. Alle Kinder waren zwischen den Schwangerschaftswochen 24 0/7 und 26 6/7 zur Welt gekommen; der Verlust des Kindes lag zum Zeitpunkt des Interviews zwischen 3.5 bis 6.5 Jahre zurück (Median 4 Jahre). 11 der interviewten Eltern hatten nach dem Verlust ihres frühgeborenen Kindes noch ein oder mehrere Kinder bekommen, zwei Eltern waren zum Zeitpunkt des Interviews wieder schwanger, zwei Eltern gaben an, nach dem Verlust kein Kind mehr zu wünschen (Familienplanung abgeschlossen), bei drei Eltern war der Kinderwunsch beim Interviewtermin noch immer nicht erfüllt.

Tabelle 5: Stichprobenbeschreibung

<b>Variable</b>	<b>Werte</b>
<b><i>Geschlecht</i></b>	
weiblich	10
männlich	9
<b><i>Alter der Eltern zum Zeitpunkt des Verlustes</i></b>	
Min-Max	20 – 44 Jahre
Median	31 Jahre
<b><i>Zivilstand</i></b>	
verheiratet oder in fester Partnerschaft	19
getrennt oder geschieden	0
<b><i>Paare – Einzelpersonen</i></b>	
Eltern, deren Partner ebenfalls interviewt wurde	12
Eltern, deren Partner nicht interviewt wurde	7
<b><i>Schwangerschaft</i></b>	
spontane Schwangerschaft	14
induzierte Schwangerschaft (Hormontherapie o. in vitro Befruchtung)	5
<b><i>Verstorbenes Kind</i></b>	
Eltern mit einem Einzelkind	13
Eltern mit Zwillingen	5
Eltern mit Drillingen	1
<b><i>Gestationsalter Neugeborenes</i></b>	
Min-Max	24 0/7 - 26 6/7 Wochen
<b><i>Zeit seit Verlust des Kindes</i></b>	
Min-Max	3.5 - 6.5 Jahre
Median	4 Jahre
<b><i>Nachfolgende Schwangerschaft</i></b>	
Kinderwunsch erfüllt	11
Wieder schwanger zum Zeitpunkt des Interviews	3
Kein Kinderwunsch mehr vorhanden	2
Kinderwunsch nicht erfüllt	3

## 6.2 Themenbereich 1: Erleben der Eltern, Verarbeitung des Verlustes

Im Folgenden werden die Resultate des Themenbereiches Erleben der Eltern und deren Verarbeitungsprozess dargestellt. Dabei werden in einem *ersten Unterkapitel* die verschiedenen Themen, über welche die Eltern in den Interviews zu den vier Antwortkategorien Emotionen, Kognitionen, körperliches Erleben sowie Soziales Netzwerk berichteten, für die drei Zeitpunkte Spitalaufenthalt und erste Zeit danach (T1), sechs Monate nach dem Verlust des Kindes (T2) sowie 3.5 - 6.5 Jahre nach dem Verlust des Kindes (T3) dargelegt. Ausgehend von der Annahme, dass wichtige Inhalte häufiger genannt werden, wird anhand der Antwortzahlen eine mögliche Gewichtung der Inhalte vorgenommen sowie auf interessante Geschlechterunterschiede eingegangen. In einem *zweiten Unterkapitel* werden die Veränderungen der vier Erlebensbereiche über die drei Zeitpunkte T1 bis T3 beleuchtet und sowie der Prozess der Verarbeitung des erlebten Verlustes skizziert. Das *dritte Unterkapitel* dient der Zusammenfassung der Resultate dieses Themenbereiches. Zur Illustration werden im *vierten Unterkapitel* ausgewählte Aussagen der Eltern zu den einzelnen Inhalten aus den Interviews vorgestellt.

### 6.2.1 Erleben der Eltern

#### 6.2.1.1 Zeitpunkt T1: Hospitalisation und kurz danach

##### A. Emotionen

##### *Erlebensinhalte*

In der Zeit kurz vor, während und nach der Geburt waren die Eltern mehrheitlich mit belastenden Gefühlen beschäftigt (Tabelle 6). Intensive Trauer über den Verlust des Kindes, psychischer Schmerz sowie Abschiedsgefühle gegenüber dem Kind standen in dieser Zeit im Vordergrund. 16 von 19 Eltern beschrieben Gefühle von Trauer und Schmerz sowie Abschiedsgefühle. 10 von 19 Eltern erlebten Gefühle von Ohnmacht und Hilflosigkeit und ebenso viele fühlten sich von der Plötzlichkeit der Situation überrumpelt. Knapp die Hälfte der Eltern spürte eine grosse Ent-

täuschung beim Realisieren, dass ihr Traum von einer Zukunft mit einem Kind nicht in Erfüllung gehen würde. Ein Grossteil, d.h. 12 von 19 Eltern waren stark belastet durch die Sorge um ihr Kind und die Frage, ob und wie es überleben würde. Insbesondere die Väter sorgten sich auch sehr stark um die Gesundheit und das psychische Wohlergehen ihrer Partnerinnen. 7 von 10 Müttern erlebten die Begegnung mit Müttern mit lebenden Kindern auf der Abteilung oder nach dem Spitalaustritt zu Hause als sehr belastend und schmerzhaft. Viele erwähnten Eifersucht und Wut auf diese. Gut ein Drittel der Eltern, nämlich 7 von 19, berichteten über Wutgefühle auf die behandelnden Ärzte in der Klinik oder die vorbehandelnden GynäkologInnen. Sie fühlten sich nicht ernst genommen oder hatten den Eindruck, es sei in der Behandlung etwas verpasst worden. Mehr als die Hälfte, nämlich 7 von 10 Müttern berichteten über Zustände von Schock oder Dissoziation in der akuten Situation des Todes des Kindes. Sie beschrieben Gefühle von Unwirklichkeit, neben sich zu stehen oder nicht mehr in ihrem Körper zu sein. Neben den zahlreichen belastenden Emotionen erlebten die Eltern in dieser schwierigen Situation auch positive Gefühle wie eine sehr intensive Nähe zu ihrem Kind oder Freude beim Anblick ihres Kindes (11 bzw. 10 von 19 Eltern). Ganz wichtig war für einen Grossteil, d.h. für 12 von 19 Eltern, aktiv etwas zur Verarbeitung beizutragen. So berichteten viele Eltern, das Versenden einer Geburts- und/oder Todesanzeige, die Vorbereitung der Beerdigung oder das Kaufen eines Kleidchens für das verstorbene Kind sei für sie sehr wichtig gewesen und habe ihnen bei der Bewältigung der Situation geholfen. Knapp ein Drittel der Eltern, nämlich 6 von 19 hatten den Wunsch, sich durch andere Aktivitäten vom belastenden Ereignis abzulenken, indem sie wieder arbeiten gingen oder einen Urlaub planten.

### *Geschlechtsunterschiede*

Will man auf die Geschlechterunterschiede in Bezug auf einzelne Themenbereiche näher eingehen, muss folgendes festgehalten werden: Für alle vier Erlebensbereiche werden zu praktisch allen drei Zeitpunkten prozentual deutlich mehr Antworten von Müttern als von Vätern gegeben (maximaler Unterschied 63:37%). Die Ausführungen zu den Geschlechtsunterschieden

sind deshalb jeweils mit Referenz auf die Gesamtprozentangaben des zugehörigen Erlebensbereichs zu sehen.

Bei den Angaben zum emotionalen Erleben der Eltern zum Zeitpunkt des Spitalaufenthalts entfielen 61% der Antworten auf die Mütter und 39% auf die Väter. Bezogen auf diese Zahlen sticht folgendes ins Auge: Relativ zu diesen Prozentangaben wurden von den Müttern dissoziatives Erleben (100%), Belastung durch Konfrontation mit anderen Müttern (84%), Abschiedsgefühle (70%) sowie Wut gegenüber den Ärzten (69%) deutlich öfter genannt. Die Väter hingegen sorgten sie sich häufiger um ihre Partnerinnen als umgekehrt (77%). Ebenso fühlten sie sich im Vergleich zur Referenzangabe häufiger von der Situation überrumpelt (53%) oder waren enttäuscht über den Verlauf der Ereignisse (65%).

### *Feinunterscheidung der Emotionen*

Wie in Kapitel 5.6.2 erwähnt, wurden im Bereich des emotionalen Erlebens der Eltern bei der Kategorisierung folgende Feinunterscheidung vorgenommen (Tabelle 6 sowie Anhang, Tabelle 21):

- Emotionen, welche das Kind betreffen (K)
- Emotionen, welche das Selbsterleben betreffen (S)
- Emotionen, welche den Partner betreffen (P)

In der Phase des Spitalaufenthalts sowie in der ersten Zeit danach standen Gefühle, welche das Selbsterleben betreffen wie z.B. Ohnmacht, Enttäuschung oder Wut mit 61% der Gesamtanzahl der erwähnten Gefühlsäusserungen im Vordergrund des emotionalen Erlebens. Nur gerade 32% der berichteten Emotionen bezogen sich auf das verstorbene Kind. 7% der erwähnten Emotionen wie z.B. Sorge um den Partner waren auf die Beziehung zum Ehepartner gerichtet. Diese Zahlen geben einen Hinweis darauf, dass die Eltern in der Zeit um die Geburt auf einer emotionalen Ebene zwar auf ihr Kind bezogen, in noch grösserem Ausmass jedoch mit sich selbst beschäftigt waren. Es ist anzunehmen, dass sie ein hohes Ausmass an psychischer Energie benötigten, um sich innerlich im Gleichgewicht zu halten. Ein kleinerer, aber dennoch sehr wichtiger Teil der erlebten Gefühle bezog sich auf den Ehepartner.

### *Verhältnis belastende zu positiven Emotionen*

Wie zu erwarten überwogen zum Zeitpunkt des Klinikaufenthaltes sowie kurz danach die belastenden gegenüber den positiven Gefühlen mit 84% zu 16%. Das war sowohl für Väter als auch für Mütter so.

## **B. Kognitionen**

### *Erlebensinhalte*

Beim gedanklichen Erleben rund im den Verlust des Kindes standen bei den Eltern ethische Überlegungen im Vordergrund. 12 von 19 Eltern machten sich Gedanken darüber, dass sie den Willen des Kindes respektieren und es nicht aus egoistischen Gründen am Leben erhalten wollten, oder dass sie es dem Kind nicht zumuten mochten, behindert durchs Leben zu gehen. Fast ebenso sehr wie mit ethischen Überlegungen waren die Eltern mit der Frage nach dem Warum beschäftigt. 12 von 19 Eltern stellten sich die Frage, warum gerade ihnen dieses Schicksal widerfährt. Diese Frage hatte bei einigen Eltern auch eine schuldhafte Färbung. Gut ein Drittel der befragten Eltern, nämlich 7 von 19 erwähnten die Überlegungen, ob sie während der Schwangerschaft Fehler gemacht und durch ihr Verhalten, wie z.B. Arbeiten oder schwere Lasten tragen, zur frühen Geburt beigetragen hätten. Diese Gedanken beschäftigten ausschliesslich Mütter. Sie berichteten auch über Gedanken, als Frauen in ihrer Mutterfunktion unvollkommen zu sein und versagt zu haben.

### *Geschlechtsunterschiede*

Beim gedanklichen Erleben der Eltern zum Zeitpunkt des Verlustes des Kindes fällt auf, dass wie erwähnt ausschliesslich die Mütter mit Gedanken über ein allfälliges eigenes Versagen, bzw. Mitverschulden der Frühgeburt beschäftigt waren. Väter stellten sich diese Frage nicht.

### *Belastende versus positive Kognitionen*

Auch im kognitiven Bereich überwogen bei den Eltern die belastenden Gedanken gegenüber den positiven in einem Verhältnis von 61% zu 39%. Die Mütter schienen dabei stärker von belastenden Gedanken betroffen als die Väter (65% gegenüber 50%).

Tabelle 6: Erleben der Eltern zum Zeitpunkt T1 (Spitalaufenthalt und erste Zeit danach) - Überblick über genannte Themen: Anzahl Antworten pro Thema und prozentualer Anteil von Vätern und Müttern zu den einzelnen Themen

<b>Antwort- kate- gorie</b>	<b>Inhalte/Themen</b>	<b>Anzahl Antwort- ten</b>	<b>Anzahl Eltern</b>	<b>Verhältnis Antw. Müt- ter - Väter in %</b>
<b>Emo- tionen</b>	Trauer/Schmerz (S/K)	23 (-)	16	54 : 46
	Wunsch, aktiv etwas zur Verar- beitung beizutragen (S)	22	12	37 : 73
	Abschiedsgefühle (S)	18 (-)	16	70 : 30
	Ohnmacht (S)	13 (-)	10	51 : 49
	Sorge um Kind (K)	12 (-)	12	60 : 40
	Hoffnung für Überleben des Kindes (K)	12	10	67 : 33
	Nähe zum Kind (K)	11 (+)	11	52 : 48
	Freude am Kind (K)	10 (+)	10	68 : 32
	Überrumpelung (S)	10 (-)	10	47 : 53
	Sorge um Partner (P)	8 (-)	8	23 : 77
	Enttäuschung (S)	8 (-)	7	35 : 65
	Konfrontation durch Mütter mit lebenden Kindern (S)	7 (-)	7	84 : 16
	Wut gegenüber Ärzten (S)	7 (-)	6	69 : 31
	Dissoziation (S)	6 (-)	5	100 : 0
	Wunsch nach Ablenkung (S)	6	5	64 : 36
	Total häufigste Antworten*	174		
	<b>Total aller Antworten</b>	<b>254</b>		<b>61 : 39</b>
	Verhältnis belastende(-) vs. positive(+) Emotionen in %	84:16		84:16 - 85:15
	Verhältnis Emotionen zum Kind (K), zu sich selbst (S) und zum Partner (P) in Prozenten	32 : 61 : 7		



Tabelle 6: Erleben der Eltern zum Zeitpunkt T1 (Spitalaufenthalt und erste Zeit danach) - Überblick über genannte Themen: Anzahl Antworten pro Thema und prozentualer Anteil von Vätern und Müttern zu den einzelnen Themen

<b>Antwort- kate- gorie</b>	<b>Inhalte/Themen</b>	<b>Anzahl Antwort- ten</b>	<b>Anzahl Eltern</b>	<b>Verhältnis Antw. Müt- ter - Väter in %</b>
<b>Kogni- tionen</b>	Ethische Überlegungen	13 (+)	12	59 : 41
	Warumfrage	12 (-)	12	56 : 44
	Versagen	8 (-)	7	100 : 0
	Total häufigste Antworten*	33		
	<b>Total aller Antworten</b>	<b>46</b>		<b>56 : 44</b>
	Verhältnis belastende (-) vs. positive (+) Kognitionen in Pro- zenten	61:39		65:35 - 50:50
<b>Körper</b>	Schmerz	4	4	73 : 27
	Vegetative Reaktionen	4	3	47 : 53
	Total häufigste Antworten*	8		
	<b>Total aller Antworten</b>	<b>12</b>		<b>64 : 36</b>
<b>Soziales Netzwerk</b>	Unterstützung durch prof. Helfer	59	16	60 : 40
	Unterstützung durch Freunde/ Familie	29	18	60 : 40
	Enttäuschung durch prof. Helfer	27	15	53 : 47
	Nähe zu Partner	17	15	56 : 44
	Enttäuschung durch Freunde/ Familie	12	8	64 : 36
	Rückzug	10	10	58 : 42
	Total häufigste Antworten*	154		
	<b>Total aller Antworten</b>	<b>172</b>		<b>60 : 40</b>
	<b>Antworten insgesamt</b>	<b>468</b>		<b>59 : 41</b>

\* Im Sinne eines besseren Überblicks werden nur die Kategorien mit den häufigsten Antwortzahlen aufgeführt. Für einen Gesamtüberblick der Kategorien s. Anhang, Kapitel 2.1, Tabelle 21

S: Emotionen auf die eigene Person bezogen, K: Emotionen, auf das Kind bezogen, P: Emotionen, auf den Partner bezogen

(-) belastende resp. (+) positive Emotionen oder Kognitionen.

## **C. Körperliches Erleben**

### *Erlebensinhalte und Geschlechtsunterschiede*

Auf die Frage nach möglichen körperlichen Symptomen auf den Verlust des Kindes erfolgten insgesamt nur 12 Antworten. 4 von 19 Eltern gaben an, aufgrund des psychischen Schmerzes körperlich erlebte Schmerzen stärker zu empfinden. 3 von 19 Eltern berichteten über vegetative Reaktionen wie Herzklopfen, Zittern, Schlafstörungen oder eine körperliche Anspannung. Mütter waren eher von einer Verstärkung von körperlichen Schmerzen, Väter eher von vegetativen Symptomen betroffen.

## **D. Soziales Netzwerk**

### *Erlebensinhalte*

Im Bereich des sozialen Netzwerks wurde von den Eltern Unterstützung durch professionelle Helfer sowie durch Familie und Freunde mit 51% der Antworten am häufigsten erwähnt. Die Art und Weise der erlebten Unterstützung war dabei sehr vielfältig. Von den professionellen Helfern wurden insbesondere konkrete Hilfestellungen wie die Unterstützung bei Abschiedsritualen, die Empfehlung eines Buches oder unbürokratisches Verhalten (z.B. Organisation eines Einzelzimmers) als hilfreich erlebt. Ebenso schätzten die Eltern emotionale Unterstützung wie taktvolles, feinfühliges Verhalten oder das Gefühl von Getragensein. Auch in Bezug auf die Familie und Freunde wird das Erleben von Dasein und Teilnahme als sehr hilfreich und verbindend erlebt. Aber auch praktische Hilfe wie das Hüten der übrigen Kinder, Unterstützung beim Drucken der Geburtsanzeigen oder das Angebot der Firma, trotz erfolgter Kündigung wieder an die Arbeitsstelle zurückkehren zu können, erlebten die Eltern als positiv. Neben Unterstützung und Hilfe erwähnten viele Eltern aber auch Enttäuschungen durch ihre Umgebung. 15 von 19 Eltern berichteten über Erlebnisse mit professionellen Helfern, welche sie entmutigten. Behandlungsfehler, Nicht-Ernstgenommen-Werden, widersprüchliche Informationen oder ungeschickte Äusserungen wurden hier erwähnt. Ebenso berichteten 8 von 19 Eltern über enttäuschende Erfahrungen in der Familie oder im Freundeskreis. Sie fühlten sich durch unpassende Bemerkungen oder Rückzug und Tabuisierung ihres Umfeldes verletzt. Fast alle, nämlich 15 von 19 Eltern betonten die Wichtigkeit des Partners in dieser belastenden Extremsituati-

on und erlebten eine ganz intensive Nähe sowie starke Verbundenheit mit ihrem Partner. Der Ehepartner wurde in dieser Situation als wichtigste Bezugsperson erlebt. Neben der Wichtigkeit von Kontakt und Unterstützung berichteten ein Grossteil der Eltern (10 von 19) auch über das Bedürfnis nach Rückzug und Alleinsein.

### *Geschlechtsunterschiede*

Im Bereich des Sozialen Netzwerkes entfielen 60% der Antworten auf die Mütter und 40% auf die Väter. Bei den einzelnen von den Eltern erwähnten Themen waren keine auffälligen Geschlechtsunterschiede feststellbar. Tendenziell waren die Väter eher von den professionellen Helfern (47%), die Mütter eher von Freunden oder der Familie enttäuscht (64%).

## **6.2.1.2 Zeitpunkt T2: 6 Monate nach dem Verlust**

### **A. Emotionen**

#### *Erlebensinhalte*

Während der ersten Monate nach dem Verlust des Kindes nahm das emotionale Erleben der Eltern an Intensität ab. Die Anzahl der Antworten in diesem Bereich fiel von 254 auf 129. Noch immer überwogen belastende Gefühle gegenüber positiven. Wie zu erwarten berichteten 11 von 19 Eltern weiterhin über intensive Gefühle von Trauer und Schmerz über den Verlust des Kindes. Neu beschäftigten sich die Eltern zu diesem Zeitpunkt mit Fragen bezüglich einer nächsten Schwangerschaft: 8 von 19 äusserten schon wenige Wochen oder Monate nach dem Verlust ihres frühgeborenen Kindes den Wunsch, wieder schwanger zu werden; 10 von 19 Eltern berichteten über starke Ängste während einer nächsten Schwangerschaft oder beim Gedanken an diese. Das emotionale Erleben der Eltern war in diesen Monaten noch labil. Zwar erlebten 31% der Eltern eine innere Distanz zu den belastenden Gefühlen und erzählten, dass andere Inhalte wie Arbeit und Freunde wieder wichtig geworden seien und die belastenden Gefühle an Intensität verloren hätten. Gleichzeitig berichteten 37% der betroffenen Eltern über starke emotionale Schwankungen. Zwar erlebten sie stimmungsmässig wieder gute Tage; die wiedergewonnene positive innere Gestimmtheit war jedoch noch sehr labil und durch Kleinigkeiten zu stö-

ren. 8 von 19 Eltern verspürten in diesen Monaten den Wunsch nach Ablenkung, z.B. durch Arbeit, Hobbies oder einen Urlaub. Nach wie vor erlebte knapp ein Drittel, nämlich 6 von 19 Eltern intensive Gefühle von Eifersucht, Wut oder Trauer bei der Begegnung mit Eltern mit einem lebenden Kind. Gleich viele Eltern erwähnten, noch über längere Zeit die Nähe zum verstorbenen Kind zu suchen - z.B. durch regelmässige Besuche des Grabes des Kindes - und sich mit dem verstorbenen Kind nach wie vor sehr verbunden zu fühlen.

#### *Geschlechtsunterschiede*

64% der Antworten im Bereich der Emotionen zum Zeitpunkt von sechs Monaten nach dem Verlust entfielen auf die Mütter, 36% auf die Väter. Bezogen auf diese Zahlen stechen folgende Geschlechtsunterschiede ins Auge: Deutlich mehr Mütter (73%) erwähnten den Wunsch nach Ablenkung, ebenso schienen nach wie vor fast ausschliesslich Mütter (85%) von der Belastung durch die Konfrontation mit Eltern mit lebenden Kindern betroffen zu sein. Demgegenüber erlebten fast ausschliesslich die Väter (85%) eine gewisse Distanz zu belastenden Gefühlen. Gleichzeitig waren die Väter stärker von Gefühlen von Schmerz und Trauer betroffen (53%).

#### *Feinunterscheidung der Emotionen*

Während der ersten Monate nach dem Verlust des Kindes verlagerte sich das Verhältnis der Emotionen weiter zugunsten der Gefühle, welche die eigene Person betrafen. 74% aller Antworten entfielen auf diesen Bereich. Nur noch 22% der Antworten bezogen sich auf das verstorbene Kind und 3% auf den Partner. Die Eltern waren also in dieser Zeit noch stärker als gleich nach dem Verlust des Kindes mit sich selbst beschäftigt.

#### *Belastende versus positive Emotionen*

Im Vergleich zur Zeit unmittelbar nach dem Verlust des Kindes lag das Verhältnis von belastenden gegenüber positiven Gefühlen bei 66% : 34%. Dies ist im Vergleich zum Messzeitpunkt T1 (84:16%) eine deutliche Veränderung in Richtung der positiven Emotionen. Zwischen Müttern und Vätern bestanden diesbezüglich keine nennenswerten Unterschiede.

## **B. Kognitionen**

### ***Erlebensinhalte***

Während der ersten Monate nach dem Verlust des Kindes begann auf kognitiver Ebene ein erster Verarbeitungsprozess. 14 von 19 Eltern berichteten über Gedanken, die auf eine Neubewertung der erlebten Situation und den Versuch, das Erlebte einzuordnen hinwiesen. Diese Neubewertung erfolgte einerseits durch die Integration von zusätzlichen medizinischen Informationen, fand aber auch auf einer ganz persönlichen Ebene statt. So berichteten die betroffenen Eltern z.B. über tröstliche Gedanken wie die Gewissheit, dass ihr Kind nun an einem sicheren Platz sei oder die Familie wie ein Engel beobachte und begleite. Ebenso wurden von den Eltern Überlegungen nach dem Sinn des erlebten Schicksalsschlages erwähnt. Die Gedanken, die auf eine Neubewertung der Situation hinwiesen, hatten durchgängig einen versöhnlichen Grundton. Noch immer beschäftigte die Frage nach eigenem Versagen sowie die Warumfrage rund ein Drittel der Eltern (7, bzw. 6 von 19 Eltern).

### ***Geschlechtsunterschiede***

Im Bereich der Kognitionen entfielen 63% der Antworten der Mütter und 37% auf die Väter. Gedanken welche die auf eine Neubewertung der Situation beziehen wurden deutlich häufiger von den Müttern genannt (77%). Ebenso waren die Mütter mit 82% der Antworten häufiger mit der Frage nach dem Warum beschäftigt.

### ***Belastende versus positive Kognitionen***

Wie auch im emotionalen Erleben verlagerte sich das Verhältnis der belastenden gegenüber den positiven Kognitionen in Richtung der positiven Kognitionen. Während zum Zeitpunkt rund um den Verlust des Kindes die belastenden Gedanken mit 61% noch deutlich überwogen, machten sechs Monate nach dem Verlust die belastenden Gedanken mit 48% nur noch knapp die Hälfte aller erwähnten Gedanken aus. Auch hier waren keine nennenswerten Unterschiede zwischen Müttern und Vätern feststellbar.

Tabelle 7: Erleben der Eltern zum Zeitpunkt T2 (6 Monate nach dem Verlust und später) - Überblick über genannte Themen: Anzahl Antworten pro Thema und prozentualer Anteil von Vätern und Müttern zu den einzelnen Themen

<b>Antwort- kate- gorie</b>	<b>Inhalte/Themen</b>	<b>Anzahl Antwor- ten</b>	<b>Anzahl Eltern</b>	<b>Verhältnis Antw. Müt- ter - Väter in %</b>
<b>Emo- tionen</b>	Trauer, Schmerz (S/K)	16 (-)	11	47 : 53
	Angst vor/während neuer SS (S)	10 (-)	10	57 : 43
	Wunsch nach neuer SS (S)	8 (+)	8	60 : 40
	Wunsch nach Ablenkung (S)	8	8	73 : 27
	Emotionale Labilität (S)	7 (-)	7	69 : 31
	Distanz zu Emotionen (S)	6 (+)	6	15 : 85
	Konfrontation mit Müttern mit lebenden Kindern (S)	6 (-)	6	82 : 18
	Nähe zum Kind (K)	6 (+)	6	64 : 36
	Total häufigste Antworten*	52		
	<b>Total aller Antworten</b>	<b>129</b>		<b>58 : 42</b>
	Verhältnis belastende (-) vs. positive (+) Emotionen	66 : 34		62:38 - 68:32
	Verhältnis Emotionen zum Kind (K), zu sich selbst (S) und zum Partner (P) in Prozenten	23 : 74 : 3		
<b>Kogni- tionen</b>	Neubewertung	14 (+)	10	77 : 23
	Versagen	7 (-)	7	69 : 31
	Warumfrage	6 (-)	6	82 : 18
	Total häufigste Antworten*	27		
	<b>Total aller Antworten</b>	<b>38</b>		<b>63 : 37</b>
	Verhältnis belastende (-) vs. positive (+) Kognitionen	48 : 52		52:48 - 50:50
<b>Körper</b>	Vegetative Reaktionen	4	3	100 : 0
	Total häufigste Antworten*	4		
	<b>Total aller Antworten</b>	<b>4</b>		<b>89 : 11</b>
<b>Soziales Netzwerk</b>	Unterstützung durch Freunde/Familie	28	17	62 : 38
	Nähe zu Partner	17	17	56 : 44
	Spannungen in der Partnerschaft	11	10	34 : 66
	Unterstützung durch prof. Helfer	10	5	57 : 43
	Enttäuschung durch Freunde/Fam.	10	9	47 : 53
	Rückzug	9	9	53 : 47
	Toleranz in Partnerschaft	7	7	84 : 16
	Total häufigste Antworten*	85		
	<b>Total aller Antworten</b>	<b>115</b>		<b>56 : 44</b>
	<b>Antworten insgesamt</b>	<b>286</b>		<b>59 : 41</b>

\* Im Sinne eines besseren Überblicks werden nur die Kategorien mit den häufigsten Antwortzahlen aufgeführt. Für einen Gesamtüberblick der Kategorien s. Anhang, Kapitel 2.1, Tabelle 22

S: Emotionen auf die eigene Person bezogen, K: Emotionen, auf das Kind bezogen, P: Emotionen, auf den Partner bezogen

(-) belastende resp. (+) positive Emotionen oder Kognitionen.

## **C. Körperliches Erleben**

### *Erlebensinhalte und Geschlechtsunterschiede*

Psychosomatische Reaktionen waren in der Zeit rund sechs Monate nach dem Verlust des Kindes nur noch selten. Es wurden von den Eltern nur vier diesbezügliche Aussagen gemacht; sie bezogen sich ausschliesslich auf vegetative Symptome wie vermehrtes Schwitzen. Die Antworten wurden ausschliesslich von den Müttern gegeben.

## **D. Soziales Netzwerk**

### *Erlebensinhalte*

Auch in den ersten Monaten nach dem Verlust des Kindes war die Unterstützung durch Familie und Freunde mit 24% der Antworten der am häufigsten erwähnte Bereich. Sich aussprechen können oder auch einfach die Anwesenheit der Angehörigen zu spüren, wurde von den Eltern als sehr hilfreich empfunden. Ebenso wurden ärztliche Informationen als unterstützend erlebt. Fast alle Eltern (17 von 19) berichteten über eine intensive Nähe zu ihrem Partner. Gemeinsam trauern zu können und das Erleben, in dieser belastenden Situation füreinander dazusein, wurde von allen Eltern als sehr verbindend beschrieben. Neben der Nähe zum Partner wurde in dieser Zeit jedoch auch Belastungen in der Partnerschaft erlebt. Diese bezogen sich grösstenteils auf unterschiedliche Copingstrategien der Ehepartner. Während sich die Mütter oft noch in einem intensiven Trauerprozess befanden, hatten sich die Väter mit der Rückkehr zur Arbeit in der Regel schon wieder stärker dem Alltagsleben zugewandt. Ebenso hatten die Mütter ein grosses Bedürfnis, über das verstorbene Kind zu sprechen; dieser Wunsch war bei den Vätern deutlich weniger stark ausgeprägt. Neben dem unterschiedlichen Umgang mit dem Verlust führten auch gegenseitige Vorwürfe sowie die Angst, den Partner zu verlieren zu Spannungen in der Beziehung. Trotz der vorhandenen Belastungen erwähnten 7 von 19

Eltern auch Verständnis und Toleranz für die unterschiedliche Umgangsweise des Partners mit dem Verlust. Neben den vielen hilfreichen Erlebnissen berichteten 9 von 19 Eltern über Enttäuschungen im sozialen Umfeld. Ungeschickte Bemerkungen und Ratschläge wurden von den Eltern als verletzend und unangebracht erlebt. Ebenso erwähnten 9 von 19 Eltern das Bedürfnis nach Rückzug und Alleinsein.

### *Geschlechtsunterschiede*

Im Bereich des Sozialen Netzwerks, in dem 56% der Antworten von den Müttern und 44% und von den Vätern gegeben wurden, sind folgende Geschlechtsunterschiede auszumachen: In Bezug auf diese Referenzzahlen wurde von den Müttern deutlich öfter Toleranz gegenüber dem Partner erwähnt (84%). Die Väter hingegen berichteten deutlich öfter über Spannungen in der Ehebeziehung (66%).

## **6.2.1.3 Zeitpunkt T3: 3.5 - 6.5 Jahre nach dem Verlust**

### **A. Emotionen**

#### *Erlebensinhalte*

Auch drei bis sechs Jahre nach dem Verlust des Kindes berichteten 13 von 19 Eltern über Gefühle von Trauer und Schmerz beim Gedanken an das Erlebte und an das verstorbene Neugeborene. Die Gefühle hatten sich jedoch bei vielen Eltern in ihrer Qualität verändert und wurden von den Betroffenen als weniger intensiv, dafür friedvoller und ruhiger beschrieben. Ebenso berichteten 13 von 19 Eltern über eine innere Distanz zu den belastenden Emotionen. Einige Jahre nach dem Verlust wurde von fast allen (15 von 19) Eltern in Bezug auf ihr verstorbenes Kind eine neue emotionale Qualität beschrieben: sie erlebten ihr Kind zu diesem Zeitpunkt im Sinne einer emotionalen Integration als Teil ihrer Selbst. Viele berichteten über ein Gefühl, das verstorbene Kind gehöre ganz selbstverständlich zur Familie und sei in ihr Leben integriert. Knapp ein Drittel der Eltern (6 von 19) erlebten weiterhin Momente von intensiver Nähe und Verbundenheit zu ihrem verstorbenen Kind.



### *Geschlechtsunterschiede*

Bei einem Verhältnis von 58% : 42% der gegebenen Antworten zwischen Müttern und Vätern sticht einzig die Kategorie „Nähe zum Kind“ hervor. Dieses Thema wurde mit 82% fast ausschliesslich von Müttern erwähnt.

### *Feinunterscheidung der Emotionen*

Mehrere Jahre nach dem Verlust des Kindes wurden keine Aussagen in Bezug auf den Partner mehr gemacht. Hingegen waren die Eltern zu diesem Zeitpunkt im Vergleich zu vorher emotional wieder weniger mit sich selbst (57%), dafür vermehrt mit dem verstorbenen Kind beschäftigt (43%) (T1 61% : 32%; T2 74% : 23%).

### *Belastende versus positive Emotionen*

Das Verhältnis von belastenden zu positiven Emotionen verschob sich für die Zeit von mehreren Jahren nach dem Verlust nochmals in Richtung der positiven Emotionen. Diese machten nun 63% aller Antworten aus (T1: 16%, T2: 34%). Die Väter waren zu diesem Zeitpunkt etwas mehr belastet als die Mütter (45%, bzw. 38% der Antworten).

## **B. Kognitionen**

### *Erlebensinhalte*

Im kognitiven Bereich entfielen 32% der Antworten auf eine Neuwertung des Erlebten. Neben der Erleichterung, dem Kind kein Leben mit einer Behinderung zumuten zu müssen, sahen die Eltern vermehrt auch positive Aspekte des Verlustes. So berichteten insbesondere Mütter über Dankbarkeit, überhaupt eine Schwangerschaft erlebt zu haben. Oder die betroffenen Eltern sahen einen möglichen Sinn im Verlust des Kindes wie z.B. eine berufliche Neuorientierung, welche mit einem zusätzlichen Kind nicht möglich gewesen wäre. Für viele Eltern verlor der Verlust des Kindes an Bedeutung angesichts von später geborenen und nun lebenden Kindern. Neben einer kognitiven Neubewertung berichteten 13 von 19 Eltern auch über tröstliche Gedanken. Sie stellten sich ihr verstorbenes Kind als Schutzengel vor, der über sie und die Familie wacht, oder freuten sich beim Gedanken an einer Wiedersehen mit dem Kind nach ihrem eigenen Tod. 7

von 19 Eltern zweifelten auch Jahre nach dem Verlust an der Angemessenheit der medizinischen Behandlung und fragten sich, ob nicht von ärztlicher Seite sowohl während der Schwangerschaft also auch während des Spitalaufenthalts Fehler gemacht worden waren. Die Frage nach einem allfälligen eigenen Versagen und die Frage nach dem Warum beschäftigte noch immer 6, bzw. 5 von 19 Eltern. Ebenfalls knapp ein Drittel, nämlich 6 von 19 Eltern stellten sich zu diesem Zeitpunkt vor, wie das verstorbene Kind aussehen und sich verhalten würde, wenn es noch am Leben wäre.

### ***Geschlechtsunterschiede***

Im kognitiven Bereich entfielen 55% der Antworten auf die Mütter und 45% auf die Väter. Bezogen auf diese Referenzzahlen sind folgende Geschlechtsunterschiede feststellbar: deutlich mehr Väter (60%) zweifelten die der Richtigkeit der medizinischen Behandlung. Hingegen beschäftigten sich Mütter öfter mit der Warumfrage (78%) sowie mit Gedanken an ein mögliches eigenes Versagen (64%). Ebenso stellen sich die Mütter das verstorbene Kind häufiger in Gedanken vor (64%).

### ***Belastende versus positive Kognitionen***

Mehrere Jahre nach dem Verlust des Kindes machen die belastenden Gedanken noch 36% aller Antworten aus (T1: 61%, T2: 48%). Hier waren keine Geschlechtsunterschiede zu verzeichnen.

## **C. Körperliches Erleben**

Im Bereich des körperlichen Erlebens wurden von den Eltern insgesamt nur noch fünf Antworten gegeben – dieser Bereich ist somit vernachlässigbar.

Tabelle 8: Erleben der Eltern zum Zeitpunkt T3 (3.5 – 6.5 Jahre nach dem Verlust) - Überblick über genannte Themen: Anzahl Antworten pro Thema und prozentualer Anteil von Vätern und Müttern zu den einzelnen Themen

<b>Antwortkategorien</b>	<b>Inhalte/Themen</b>	<b>Anzahl Antworten</b>	<b>Anzahl Eltern</b>	<b>Verhältnis Antw. Mütter - Väter in %</b>
<b>Emotionen</b>	Trauer/Schmerz (K/S)	20 (-)	13	63 : 37
	Integration von Kind (K)	15 (+)	15	50 : 50
	Distanz zu Emotionen (S)	13 (+)	13	59 : 41
	Nähe zu Kind (K)	6 (+)	6	82 : 18
	Total häufigste Antworten*	54		
	<b>Total aller Antworten</b>	<b>83</b>		<b>58 : 42</b>
	Verhältnis belastende (-) vs. positive (+) Emotionen	37 : 63		38:62 – 45:55
	Verhältnis Emotionen zum Kind (K) und zu sich selbst (S)	43 : 57		
<b>Kognitionen</b>	Neubewertung	20 (+)	12	52 : 48
	Trost	13 (+)	10	59 : 41
	Zweifel an der medizinischen Behandlung	7 (-)	5	40 : 60
	Versagen	6 (-)	6	64 : 36
	Vorstellung, wie Kind heute wäre	6	6	64 : 36
	Warumfrage	5 (-)	5	78 : 22
	Total häufigste Antworten*	57		
	<b>Total aller Antworten</b>	<b>63</b>		<b>55 : 45</b>
	Verhältnis belastende (-) vs. positive (+) Kognitionen	36:64		37:63 - 36: 64
<b>Körper</b>	Schmerz	2	2	0 : 100
	Total häufigste Antworten*	2		
	<b>Total aller Antworten</b>	<b>5</b>		<b>38 : 62</b>
<b>Soziales Netzwerk</b>	Wichtigkeit des nächsten Kindes	9	9	42 : 58
	Einbezug der Geschwister	6	6	82 : 18
	Total häufigste Antworten*	15		
	<b>Total aller Antworten</b>	<b>28</b>		<b>58 : 42</b>
	<b>Antworten insgesamt</b>	<b>179</b>		

\* Im Sinne eines besseren Überblicks werden nur die Kategorien mit den häufigsten Antwortzahlen aufgeführt. Für einen Gesamtüberblick der Kategorien s. Anhang, Kapitel 2.1, Tabelle 23

S: Emotionen auf die eigene Person bezogen, K: Emotionen, auf das Kind bezogen  
(-) belastende resp. (+) positive Emotionen oder Kognitionen.

## **D. Soziales Netzwerk**

### ***Erlebensinhalte***

Zum Zeitpunkt des Interviews bezogen sich 32% der Antworten auf die Wichtigkeit des oder der nächstgeborenen Kinder. Diese standen nun im Zentrum des Lebens der Eltern, das verstorbene Kind trat - zumindest bis zu einem gewissen Grad - in den Hintergrund. 6 von 19 Eltern erwähnten ausserdem, dass es für sie sehr wichtig sei, den anderen Kindern von ihrem verstorbenen Geschwister zu erzählen, ihnen Fotos zu zeigen oder sie zum Grab mitzunehmen.

### ***Geschlechtsunterschiede***

Auch hier wurden prozentual mehr Antworten von den Müttern als von den Vätern gegeben (58% : 42%). Väter betonten häufiger die Wichtigkeit des nächstgeborenen Kindes (58%), Mütter erwähnten öfter den Wunsch, die anderen Geschwister in das Erlebte miteinzubeziehen (82%).

## **6.2.2 Veränderungen im Erleben der Eltern über die Zeit**

Ausgehend von der Annahme, dass wichtige Themen von den Eltern häufiger erwähnt werden, ermöglicht das Auszählen der Anzahl der Antworten der vier Antwortkategorien und der Vergleich dieser Häufigkeiten über die drei Messzeitpunkte eine Aussage über den Verarbeitungsprozess der Eltern.

Die hohe Anzahl von Antworten im Bereich der Gefühle zu allen drei Zeitpunkten zeigt klar, dass der Verlust des Kindes für die Eltern in erster Linie eine emotionale Erfahrung war (T1:  $Md_E = 13$ ; T2:  $Md_E = 6.3$ ; T3:  $Md_E = 3.8$ ). Während des Spitalaufenthalts und der ersten Monate nach dem Verlust war neben den Emotionen auch das soziale Netzwerk von grosser Bedeutung für die Eltern (T1:  $Md_{SN} = 8.6$ ; T2:  $Md_{SN} = 5.8$ ). Im Vergleich zu diesen beiden Bereichen war der Bereich der Kognitionen zu allen drei Zeitpunkten deutlich weniger wichtig (T1:  $Md_K = 2.4$ ; T2:  $Md_K = 1.9$ ; T3:  $Md_K = 2.4$ ). Hier ist jedoch festzuhalten, dass im Vergleich zur abnehmenden Antwortzahl bei den Emotionen und im sozialen Netzwerk die Anzahl der Antworten bei den Kognitionen konstant blieb oder sogar leicht zunehmend war, was auf eine zunehmende Bedeutung von kognitiven Ebene

hinweist. Der Bereich des körperlichen Erlebens im Sinne von psychosomatischen Beschwerden ist mit einem Median von  $< 1$  zu allen drei Messzeitpunkten vernachlässigbar.

Betrachtet man die Antwortkategorien je einzeln, wird deutlich, dass das emotionale Erleben der Eltern und die Erfahrungen im sozialen Netzwerk über die drei Zeitpunkte grosse Veränderungen durchlief. Aufgrund der sich stark ändernden Anzahl Antworten, bzw. deren Median ist davon auszugehen, dass die Eltern einen intensiven, dynamischen Prozess durchmachten: während zum Zeitpunkt des Spitalaufenthalts und kurz danach die Bedeutung der Bereiche Emotionen und soziales Netzwerk sehr gross war, nahm sie in beiden Bereichen wenige Monate nach dem Verlust und wiederum einige Jahre später deutlich ab. Interessanterweise zeigte sich im kognitiven Bereich ein umgekehrter Effekt, indem der Median der Antwortzahl über alle drei Zeitpunkte mit Werten zwischen 1.9 und 2.4 relativ konstant blieb.

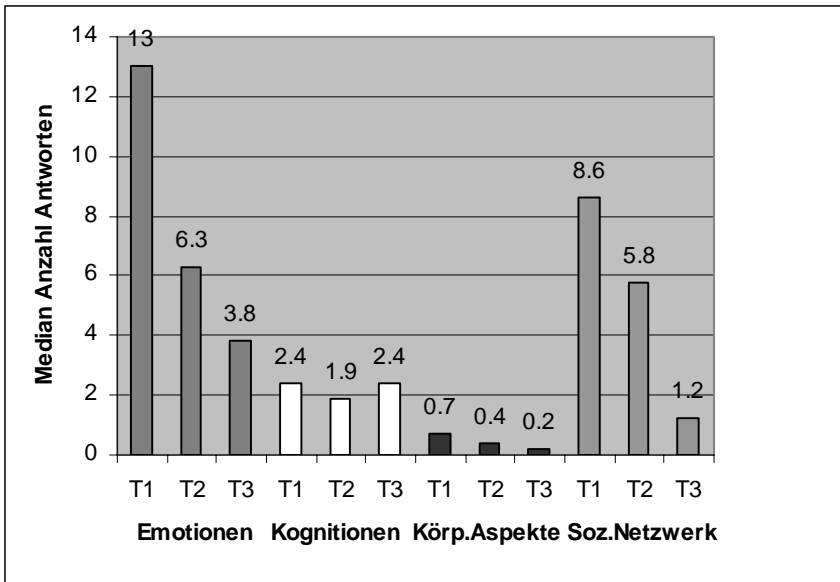


Abbildung 8: Median der Anzahl Antworten pro Person für die vier Antwortkategorien (Emotionen, Kognitionen, körperliche Aspekte, soziales Netzwerk) für die drei Zeitpunkte T1-T3

### 6.2.3 Zusammenfassung der Resultate

Auf einer *emotionalen Ebene* ist die Zeit rund um die Geburt und den Tod des frühgeborenen Kindes eine äusserst intensive Erfahrung mit vorwiegend belastenden Gefühlen. Die Situation löst in den Eltern in überwältigender Weise Trauer, Schmerz sowie Abschieds- und Ohnmachtsgefühle aus. Ebenso ist die Sorge um das Kind von grosser Bedeutung. Daneben berichten die betroffenen Eltern auch über positive Aspekte wie Nähe zum Kind und Freude über ihr Kind. Eine grosse Mehrheit hat den Wunsch, aktiv zur Verarbeitung beizutragen. Einige Monate später gewinnen neben noch immer bestehender Trauer Gefühle, die eine neue Schwangerschaft betreffen, an Wichtigkeit. Wünsche nach einer neuen Schwangerschaft und Ängste davor beschäftigen die Eltern. Daneben erwähnen sie eine gewisse Distanz zu den belastenden Emotionen, fühlen sich innerlich jedoch noch immer labil. Zu beiden Zeitpunkten ist die Konfrontation mit Eltern mit einem lebenden Kind für viele der betroffenen Mütter und Väter sehr schmerzlich. Auch Jahre nach dem Verlust des Kindes erleben die Eltern noch immer Trauer und Schmerz beim Gedanken an ihr verstorbenes Kind. Diese Gefühle sind jedoch weniger intensiv und besser kontrollierbar. Die Eltern erleben das Kind nun als Teil ihres Lebens und haben es emotional integriert. Falls ein nächstes Kind zur Welt kommt, rückt dieses in den Mittelpunkt des Lebens. Auf *kognitiver Ebene* sind die Eltern zu allen drei Zeitpunkten mit der Frage nach dem Warum und nach eigenem Versagen beschäftigt. Während rund um die Geburt des Kindes in einem positiven Sinn ethische Aspekte im Vordergrund stehen, setzt wenige Monate nach dem Verlust des Kindes eine kognitive Neubewertung des Erlebten ein, und tröstliche Gedanken gewinnen über die Jahre an Bedeutung. Jahre nach dem Verlust des Kindes stellen sich viele Eltern vor, wie ihr Kind nun wäre, wenn es leben würde. Einige Eltern sind ausserdem auch Jahre später noch mit der Frage nach allfälligen ärztlichen Fehlern beschäftigt. Im Bereich des *sozialen Netzwerkes* steht für die Eltern die Unterstützung durch Freunde und Familie sowie durch professionelle Helfer in der Zeit während des Spitalaufenthalts und den ersten Monaten nach dem Verlust im Vordergrund. Allerdings erwähnen viele Eltern auch enttäuschende Erlebnisse in ihrem sozialen Umfeld. Zu beiden Zeitpunkten äussern die Eltern

das Bedürfnis nach Rückzug. Ebenso wird von fast allen Eltern über eine intensive Nähe und Verbundenheit mit dem Partner berichtet. In den ersten Monaten nach dem Tod des Kindes kommt es in der Partnerschaft jedoch auch zu Spannungen. Diese Konflikte sind mehrheitlich durch die unterschiedliche Verarbeitungsweise von Vätern und Müttern bedingt. - Mehrere Jahre nach dem Verlust verliert das verstorbene Kind - zumindest im Alltagserleben der Eltern - an Bedeutung und die nächstgeborenen Kinder rücken in den Vordergrund. Ebenso äussern viele Eltern den Wunsch, ihren lebenden Kindern über ihr verstorbene Geschwister zu erzählen und diese ins Erlebte miteinzubeziehen. Der Bereich des *körperlichen Erlebens* im Sinne von psychosomatischen Beschwerden und Symptomen wird von den Eltern interessanterweise nur am Rande erwähnt.

Das Verhältnis von belastenden zu positiven Emotionen und Kognitionen verändert sich im Laufe der Zeit klar zugunsten von mehr Entlastung (s.a. Tabellen 6-8). Während das Verhältnis von belastenden zu positiven Emotionen zum Zeitpunkt der Hospitalisation noch 84:16% beträgt, liegt es zum Zeitpunkt 6 Monate nach dem Verlust bei 66:34% und zum Zeitpunkt von mehreren Jahren nach dem Verlust bei 37:63%. Bei den Kognitionen ist eine ähnliche Veränderung feststellbar: während der Hospitalisation beträgt das Verhältnis von belastenden zu positiven Kognitionen 61:39%, 6 Monate später 48:52% und mehrere Jahre nach dem Verlust 36:64%.

Anhand der starken Veränderung der Anzahl Antworten für die Erlebensbereiche Emotionen, Kognitionen, körperliches Erleben und soziales Netzwerk über die drei Messzeitpunkte (s.a. Abbildung 8) wird deutlich, dass die Eltern während der Monate und Jahre nach dem Verlust ihres Kindes einen dynamischen inneren Prozess durchleben. Während rund um die Geburt des Kindes das emotionale Erleben der Eltern und ihre Erfahrungen im sozialen Netzwerk sehr dicht sind, nehmen die Erfahrungen in diesem beiden Aspekten über die Zeit an Intensität ab. Demgegenüber gewinnt der Bereich der Kognitionen verhältnismässig an Bedeutung. Körperliche Symptome im Sinne von psychosomatischen Beschwerden werden von den Eltern interessanterweise nur selten erwähnt und sind deshalb vernachlässigbar.

Die Veränderung des Verhältnisses von positiven zu belastenden Emotionen, bzw. Kognitionen, die oben beschriebenen Veränderungen der Inhalte

der Antworten der Eltern in Richtung von mehr hoffnungsvollen, positiven Themen, sowie die relative Zunahme von Gedanken gegenüber Gefühlen über die Zeit weisen darauf hin, dass die Mehrheit der Eltern den Verlust ihres Kindes verarbeitet hat. Während die Eltern zum Zeitpunkt des Spitalaufenthaltes mehrheitlich mit belastenden Gefühlen und Gedanken beschäftigt sind, verlieren diese negativen Aspekte während der Monate und Jahre danach an Bedeutung und machen positiven Emotionen und Kognitionen Platz. Ebenso deutet die Abnahme der Anzahl Antworten im emotionalen Bereich sowie die stabile Antwortzahl im Bereich der Kognitionen auf eine emotionale Distanz der Eltern zum Erlebten hin. Die meisten Eltern haben den Verlust ihres frühgeborenen Kindes mit ihren eigenen Ressourcen und der Unterstützung durch den Partner, durch das soziale Netzwerk sowie durch professionelle Helfer verarbeiten können. Die Inhalte der Antworten der Eltern machen jedoch deutlich, dass dieser Prozess für die Betroffenen ein hartes Stück Arbeit bedeutet, mit viel persönlichem Einsatz verbunden ist und Zeit und Geduld benötigt. Ebenso wird aus den Antworten der Eltern klar, dass für die meisten Eltern ein Rest von Trauer und Schmerz auch über die Jahre bestehen bleibt und dass nicht alle den Verlust ihres frühgeborenen Kindes verarbeitet haben. So leiden einige der befragten Eltern noch immer unter starker Trauer im Sinne einer prolongierten Trauerreaktion, psychosomatischen Beschwerden und beschäftigen sich mit der Frage nach dem Warum und nach dem eigenen Versagen. Ebenso denken viele Eltern noch immer über die Möglichkeit von ärztlichem Fehlverhalten nach. Der klinische Eindruck der Untersucherin in den Interviews deutet darauf hin, dass vier der befragten Eltern den Verlust nicht verarbeitet haben, was einem Prozentsatz von 21% entspricht. Bei einem Elternpaar waren deutliche psychosomatische Symptome feststellbar; ebenso beschäftigte es sich noch täglich mit Ritualen für das verstorbene Kind. Eine Mutter zeigte starke psychosomatische Reaktionen und Anzeichen von Dissoziieren; bei einer Mutter waren klare Anzeichen von Depressivität vorhanden. Bei diesen vier Eltern kann von einer ungenügenden Verarbeitung des Verlustes im Sinne einer pathologischen Trauerreaktion ausgegangen werden.

In Bezug auf Geschlechtsunterschiede kann festgehalten werden, dass zum Zeitpunkt der Hospitalisation die Mütter auf emotionaler Ebene häufiger



als Väter von dissoziativem Erleben, Belastung durch die Konfrontation mit Müttern mit einem lebenden Kind, belastenden Abschiedsgefühlen sowie Wut gegenüber den Ärzten beschäftigt sind. Die Väter hingegen sorgen sich öfter um ihre Partnerinnen als umgekehrt. Im kognitiven Bereich sind es ausschliesslich die Mütter, welche sich die Frage nach einem Mitverschulden der Frühgeburt stellen. - Auch zum Zeitpunkt 6 Monate nach dem Verlust fühlen sich fast ausschliesslich Mütter durch die Konfrontation mit lebenden Kindern belastet. Ebenso suchen die Mütter häufiger Ablenkung als die Väter. Die Väter hingegen berichten öfter über eine gewisse emotionale Distanz zum Erlebten. Auf kognitiver Ebene berichten mehr Mütter über eine kognitive Neubewertung des Erlebten, stellen sich jedoch gleichzeitig noch immer öfter die Frage nach dem eigenen Versagen. Im sozialen Bereich erwähnen die Väter häufiger über Spannungen in der Partnerschaft; die Mütter öfter Toleranz gegenüber dem Partner in Bezug auf einen unterschiedlichen Umgang mit der Situation. - Mehrere Jahre nach dem Verlust berichten die Mütter öfter über ein Gefühl von Nähe zum verstorbenen Kind. Ebenso stellen sie sich häufiger als die Väter die Frage nach dem Warum und nach wie vor nach dem eigenen Versagen. Väter hingegen zweifeln öfter an der Richtigkeit der erfolgten medizinischen Behandlung.

Beim Verhältnis von positiven zu belastenden Emotionen und Kognitionen sind interessanterweise praktisch keine Geschlechtsunterschiede auszumachen. Einzig während der Hospitalisation sind die Mütter häufiger belastenden Kognitionen ausgesetzt als Väter. Mehrere Jahre nach dem Verlust leiden etwas mehr Väter als Mütter unter belastenden Gefühlen.

## 6.2.4 Erleben der Eltern - Beispiele aus den Interviews

### 6.2.4.1 Zeitpunkt T1 Hospitalisation und kurz danach

#### A. Emotionen

##### *Trauer, Schmerz*

*Am liebsten würde man sich in Schmerz auflösen. Wenn wirklich die Hoffnung nicht gewesen wäre, dass mein Mann da war, dass wir noch leben, dass ich noch Kinder möchte, da wäre ich am liebsten gegangen mit den beiden, nicht wahr.*

Mutter, 30 J., Verlust von Zwillingen

*Klar, ich war furchtbar traurig und ich habe nachher nur geweint, links und rechts habe ich jeweils meine Taschentücher gehabt beim Bett und habe wirklich Rotz und Wasser geweint.*

Mutter, 38 J., Verlust des 3. Kindes

##### *Abschiedsgefühle*

*Dann sind sie bei mir gewesen, auf meiner Brust gelegen und sind immer noch ein Teil gewesen, aber langsam könnte man schon sagen, dass ich langsam loslassen musste. Das war sehr schwierig, Sie können schon ein bisschen an den Rand kommen, weil sie waren in meinem Herzen, aber wie zwei Engelchen, ich habe gespürt, sie sind irgendwo da, aber sie gehen schon weg von mir.*

Mutter, 30 J., Verlust von Zwillingen nach künstlicher Befruchtung

##### *Ohnmacht, Überrumpelung*

*Es war vor allem Ohnmacht, nichts machen zu können, ausgeliefert sein und zusehen, keine Chance, irgendetwas zu beeinflussen. Das ist das Hauptthema.*

Vater, 34 J., Verlust des 1. Kindes

*Dann haben sie den Wehenhemmer abgesetzt und dann ist es eigentlich schnell gegangen, sind die Wehen gekommen und ist das Kind geboren und es ist auch so wahnsinnig gewesen, ich haben keinen Vorbereitungskurs gemacht, ich habe das Gefühl gehabt, ich bin völlig überrumpelt gewesen.*

Mutter, 29 J., Verlust des ersten Kindes

##### *Enttäuschung*

*Die Vorstellung, wie es dann sein wird, wenn wir zu dritt sind, die Zukunftsvisionen löschen müssen, fertig (Stimme zittert,) ja. Mutter, 29 J., Verlust des 1. Kindes*

### ***Sorge um das Kind***

*Es kreiste alles immer nur darum, wie geht es ihnen und sie müssen möglichst lange im Bauch sein und an einzelne Gedanken kann ich mich nicht mehr erinnern.*

Mutter, 27 J., Verlust von Drillingen

*Ich habe nicht für mich, ich hatte überhaupt nie an mich gedacht, dass mir etwas passieren könnte. Ich dachte immer nur an das Kind. Und wenn jetzt das kommt, was dann ist und wie und wo. Aber dass es eben kritisch für mich ist, das hatte ich nie, das habe ich erst sehr viel später realisiert.*

Mutter, 38 J., Verlust des 3. Kindes, selbst sehr gefährdet durch Frühgeburt

### ***Sorge um den Partner***

*Sagte ich „du wenn wir die verlieren, ich habe Angst um die M., dass sie bricht“.*

Vater, 44 J., Verlust von Zwillingen nach künstlicher Befruchtung

*Und dann, ja natürlich, das war eine schwierige Situation, denn damals hatte meine Frau wie mit dem Leben abgeschlossen gehabt in diesem Moment, weil sie mit Medikamenten etwas beruhigt wurde, bevor sie die Narkose bekam. Ja, dann wurde die Tür geöffnet (in den Operationssaal, Anm. der Autorin) und sie musste hinein und ich musste draussen bleiben. Das war natürlich sehr schwierig.*

Vater, 25 J., Ehefrau durch Präeklampsie mit HELLP-Syndrom sehr gefährdet.

### ***Konfrontation***

*Ja, irgendwie ist da, es war eben nicht eine richtige Wand gewesen, sondern nur so eine Trennwand, die sehr wahrscheinlich einmal hingemacht worden war, und dann sah ich immer diese Babys und hörte sie und das hat mir einfach abgelöscht.*

Mutter, 38 J., Verlust des 3. Kindes

*Auch schon im Spital, klar, wenn man herumsaust und eben, wenn man, wenn da herum, wenn ich hinuntergehen musste oder wenn ich hinunter bin (zum einen noch lebenden Kind, Anm. der Autorin) und dann bin ich auf den Gang und dann hat es Frauen gehabt mit ihrem Wägelchen und haben da miteinander geredet. Hat ich auch gedacht: Ach, so fies. Also ja. – (Interviewerin: Also auch Wut, dass die etwas haben, das Sie nicht hatten?) – Ja, ja. Und eben, das ist halt schon auch einfach eine Eifersucht gewesen, eben weil die jetzt das haben und ich nicht.*

Mutter, 20 J., Verlust von Zwillingen

### **Wut auf Arzt**

*Ich bin so wütend geworden, weil jeder ist schauen gekommen und dies und jenes und ich habe das Gefühl, ich sei da sehr hilflos ausgeliefert gewesen. Darum bin ich da auch einmal so ausgerastet und habe gesagt „jetzt lasse ich niemanden mehr, jetzt lasse ich einfach niemanden mehr an mich heran“.*

Mutter, 38 J., sehr starke Schmerzen

*Eine Wut. Ja. Obwohl, das nützt mir überhaupt nichts, es macht uns unsere S. nicht mehr lebendig. Aber vieles, ja wo ich effektiv eine Wut hatte, vielleicht hätte man eben gleich, vieles ist zu lange gegangen, das haben sie mir gesagt, nicht wahr, dass es einfach zu lange gegangen sei. Und ich habe mich ja gemeldet beim Frauenarzt, ich war nicht gleichgültig.*

Mutter, 38 J., Verlust des dritten Kindes, erhielt vom Frauenarzt erst nach 2 Tagen einen Termin

### **Schock, Dissoziation**

*Und das war dann für mich schon, zuerst hatte ich wirklich Freude, als sie so weinte und ich habe gedacht, doch, jetzt schafft sie es. Und dann nachher ist es wie einen Deckel auf den Kopf, also ja, es geht nicht, Und dann, ich habe dann lange gebraucht, bis ich weinen konnte, für mich was das wie, ich bin wie neben mir gestanden. Das ist wie ein Film.*

Mutter, 23 J., Verlust von 1. Kind

*Mir kam es so vor, ich sei so wie ausserhalb von Zeit und Raum gewesen, ich bin so ganz in einem anderen Ding drin gewesen und es war eine ganz, ganz eigenartige Erfahrung. Ich habe auch das Gefühl gehabt, irgendwie wie wenn ich gar nicht mehr so auf dieser Welt gewesen wäre, sondern irgendwo, es war ganz komisch, irgendwo zwischen drin.*

Mutter, 38 J., sehr gefährdet durch Geburt des Kindes

### **Freude am Kind, Nähe zum Kind**

*Wir waren erstaunt, wie fertig sie schon waren, mit Fingernägeln und allem und wie schön, also das Gesicht hat alles, die Züge hatten sie schon. Das hat mich sehr erstaunt. Ich habe nicht gedacht, dass sie in diesem Anfang, also Ende sechster Monat schon so weit sind.*

Vater, 44 J., Verlust von Zwillingen

*Irgendwo auch als Glück, dass man es gleich noch bei uns haben kann, dass wir es noch kurz da haben. Das habe ich eigentlich als Glück erlebt.*

Vater, 31 J., Verlust des 1. Kindes

*Eben diese Nähe, diese positive Nähe, diese Einssein oder auch das Zudrittsein.*

Mutter, 29J., Verlust des 1. Kindes

### **Aktiver Beitrag zur Verarbeitung**

*Und für uns, eben sie heisst C., wir haben sie auch ins Familienbüchlein eintragen lassen, und wir haben dann auch ein Kärtchen gemacht, das war für mich auch noch wichtig. Einfach für die Verwandten und Freunde. Ja, ja, ein Stück weit war es auch noch für den Trauerprozess.*

Mutter, 27. Jahre, Verlust des 1. Kindes

*Sie (d.h. die Seelsorgerin, Anm. der Autorin) gab ihr ein gutes Buch mit und erzählte ihr von ihrem ersten Begräbnis, welches sie vorgenommen hatte. Ich weiss nicht mehr, war dies auf den Philippinen. Auf jeden Fall, nach diesem Begräbnis sei niemand weggegangen von diesem Grab, sie wollten nämlich das Grab selber schliessen und es dann bepflanzen. Sie hat mir dies dann erzählt und wir dachten, das ist doch so etwas Schönes, das wollen wir auch so machen.*

Vater, 43 J., Verlust des 3. Kindes

*Nein, also gut, sie war klein, dreissig Zentimeter, was will man, sie war wie eine Puppe, ganz zierlich und wir sagten, nein, also so (d.h. ohne passendes Kleidchen) will ich sie nicht begraben, wir gehen in die Stadt und kaufen etwas, ... und dann haben wir überall nachgeschaut, beim Carl Weber, dann haben wir etwas Passendes gefunden, aber das war auch, von der kleinsten Puppe war das zu gross, aber immerhin, es war schön rosa und es hatte ein Käppchen, aber es hat schon anders ausgesehen.*

Vater, 40 J., Verlust des 1. Kindes

### **Wunsch nach Ablenkung**

*Und dann, also es hat schon ein wenig Überwindung gebraucht, also schon auch der erste Tag, als ich dann gegangen bin. Aber nachher jetzt, ich bin so froh gewesen, dass ich nachher gehen konnte, weil es ist wirklich auch eine Ablenkung. Also, man studiert nicht so viel eben, was man vielleicht falsch gemacht hat und wieso ich und warum andere und aja. Also für mich hat das so gestimmt damals.*

Mutter, 20 J., Verlust von Zwillingen

## B. Kognitionen

### *Ethische Überlegungen*

*Ich weiss, es gibt Spitäler, in Deutschland beispielsweise, da hätte man das ganz sicher anders gemacht. Da gibt es Spitäler, die der Auffassung sind, dass man einem Kind die grösstmögliche Hilfe oder künstliche Hilfe oder medizinische Hilfe zur Verfügung stellen sollte, in dem Moment, wo es auf die Welt kommt, also dass man alles daran setzen sollte, dass man das Kind durchbringt. Und wir sind aber eigentlich auch der Meinung gewesen, dass wir das nicht wollen, dass wir das Risiko nicht eingehen wollen, dass das Kind nachher vielleicht für immer irgendwelche Behinderungen oder Schädigungen davontragen wird und dass es eigentlich, ja die Natur sein soll, die im Endeffekt entscheidet, ob das Kind überlebt oder ob es lebensfähig ist und dass wir das nicht, dass wir einfach das Risiko nicht eingehen wollen zu versuchen, das durchzuziehen mit allen Konsequenzen.*

Vater, 34 J., Verlust des ersten Kindes

*Nein, ich glaube, am Anfang haben sie sie gar nicht beatmen müssen Hat sie sogar selber geatmet. Aber halt einfach sonst und sie hat dann einfach irgendwann, also ich, ich gehe jetzt einfach davon aus, dass sie irgendwann einfach nicht mehr, sehr wahrscheinlich, leben wollte und dann einfach wirklich angefangen hat abzustellen. Weil es hat dann immer mehr die Maschine machen müssen. Also, und dann denke ich mir, ist es auch von ihr ein Zeichen, dass sie sagt, ich will eigentlich gar nicht, es ist ja am Donnerstag sind sie auf die Welt gekommen und am Samstagmorgen sind dann die Ärzte zu uns gekommen und haben uns aufgeklärt, wie es um sie steht und eben, dass es eigentlich besser wäre, wenn man die Maschine abstellen würde, weil eben, sie einfach auch schon Hirnschäden hatte und, vielleicht eben, auf Biegen und Brechen hätten wir sie durchgebracht, aber dann wäre sie sehr wahrscheinlich geistig und körperlich behindert gewesen. Und ich denke mir, ja, wenn es, so ein kleiner Mensch, der kann einem schon sagen, ob er leben will oder nicht. Also, die haben ja auch einen eigenen Willen. Und also im ersten Moment, wo die mir, also die Ärzte uns gesagt haben, nein, eben am besten wäre es, wenn man abstellt. Dann habe ich zuerst schon gedacht: Nein sicher nicht! Also jetzt schauern wir nochmals einen Tag, und vielleicht wird es ja besser, weil ich meine, man hofft eben immer auf irgendein Wunder. Und nachher einfach, als ich sie dann auch wieder sah dort drinnen, musste ich auch sagen, irgendwie ist es gemein, wenn ich einfach, nur weil ich will, dass dieses Kind jetzt durchkommt, sie zu etwas zu zwingen, nicht wahr. Mutter, 20 J., Verlust von Zwillingen*

### **Warumfrage**

*Wieso gerade wir? Und da habe ich viel auch gedacht an diejenigen, welche, vielleicht auch an Prostituierte, welche Kinder haben und die sind dann gesund und da geht alles gut. Und wir, die wir einander gerne haben, die wirklich eben ein Daheim und so alles bereit ist, wo sich alle auch mit uns freuen, wieso gerade wir?*

Mutter, 23 J., Verlust des 1. Kindes

*Da denkt man auch eben, fragt sich wieso wir, also wieso, nach diesen schwierigen Zeiten, wieso hat man es jetzt nicht durchgebracht, also wieso ist es jetzt nicht, wieso sind wir noch bestraft worden?*

Vater, 44 J., Verlust von Zwillingen nach künstliche Befruchtung

*Ich meine also vor allem, weil, wenn es vielleicht eine normale Schwangerschaft wäre, wenn ich auf eine normale Weise schwanger geworden wäre, nach zehn Jahren warten und dann endlich und ich meine also die künstliche Befruchtung, das ist psychisch auch so anstrengend. Zuerst ein Monat die Therapie mit den Spritzen und Hormonen und Behandlung und dann nachher zwei Wochen warten, ob der Test positiv oder negativ ist und das fünf Mal und jedes Mal eine Enttäuschung und dann passiert es plötzlich und ich war so glücklich und dann, das ist also, ja, ja. Wen ich zum Beispiel normal schwanger sein könnte und dann mit dem Kind etwas nicht in Ordnung ist, da sage ich selbst also, das hat der liebe Gott entscheiden und es musste so sein und es ist besser so. Aber wenn es auf diesem Weg geht und das Kind gesund ist, dann fragst du dich warum.*

Mutter, 38 J., Verlust von 1. Kind nach künstlicher Befruchtung

### **Eigenes Verschulden**

*Das hat man sich auch überlegt und man fängt natürlich sofort auch irgendwie ein bisschen im eigenen, gerade so ein wenig in der unmittelbaren Vergangenheit anfangen zu denken. Ist es ein Fehler gewesen, dass ich ins Engadin ging? Dass es eben doch viel zu hoch ist und habe ich mich übertan oder habe ich vielleicht doch zuviel gearbeitet? Oder hat es irgendwelche Zeichen gegeben, wo ich werten hätte müssen? Wo ich vielleicht doch mir zuwenig geschaut habe?*

Mutter, 32 J., Verlust des ersten Kindes nach Präeklampsie

*Oder auch die Unfähigkeit, du bist nicht fähig, Mutter zu sein. Das ist dann auch noch – ich habe dann, also mein Mann, den ich so gern habe, bin ich nicht einmal fähig, ihm ein Kind zu schenken, irgendwo ist dies dann auch noch ein Moment gewesen. Mutter, 23 J., Verlust des 1. Kindes*

## C. Körperliches Erleben

### *Vegetative Symptome*

*Ich bin oft nachts erwacht und war ganz nass. Ich habe manchmal einfach das Gefühl gehabt, genau da, wo S. eingeschlafen ist, das und nächtelang.*

Mutter, 38 Jahre, Verlust des 3. Kindes

## D. Soziales Netzwerk

### *Unterstützung durch professionelle Helfer*

*Sie haben uns gefragt, ob wir die Kinder im Zimmer haben möchten, um Abschied zu nehmen. Dann haben sie es sehr, sehr schön, noch gebracht und dann finde ich, es war eine gute, zuerst war es eine Art wie ein, ich war überrascht, dass man uns das fragte, ich hatte mich ja noch nicht mit dem auseinandergesetzt gehabt, was passiert mit Fehlgeburten. Und ich war überrascht, dass man uns das offeriert, uns quasi die beiden toten Kinder ins Zimmer zu geben. Sie haben gesagt, doch das sei noch, sie hätten die Erfahrung gemacht, dass es wichtig sei, dass man Abschied nehmen könne, dass man die Kinder berühren könne, spüren, das war wirklich, das hat uns gut getan.*

Vater, 44 J., Verlust von Zwillingen

*Ich habe das eigentlich sehr gut erlebt, auch die Pflegenden nachher dort oben, also ich bin, ich konnte auch heulen und sie hat auch gesagt, ich solle auch und ich dürfe und das ist irgendwie, ich habe nicht das Gefühl gehabt, ich müsse da so mich zusammenreißen, genau.*

Mutter, 38 J. Verlust von 3. Kind

### *Unterstützung durch Freunde und Familie*

*Eine Freundin von mir hat uns dann auch eine Woche später, einfach immer wieder so, jetzt kommt ihr zu uns runter, jetzt unternehmen wir etwas und nicht gefragt, sondern einfach bestimmt und ich denke, das war damals sehr wichtig.*

Mutter, 29 J., Verlust des 1. Kindes

*Dann kann sofort mein Bruder mit seiner Frau, meine Schwiegermutter (aus dem Ausland, Anm. der Autorin), sie sind, das hat mir geholfen, mein Bruder liebt zwei Tage und die Schwiegermutter bis zur Beerdigung*

Mutter, 30 J., Verlust von Zwillingen



*Und ich hätte ja eigentlich am 1. Juli anfangen sollen mit der Arbeit, und am 1. Juli ist ja eben N. gestorben, ja eben eine neue Arbeitsstelle. Dann habe ich einfach angerufen und mein Chef sagte dann, ja, ja bleiben sie jetzt noch zu Hause.*

Vater, 24. Jahre, Verlust von Zwillingen

### ***Enttäuschung durch professionelle Helfer***

*Wir haben uns entschlossen, dass wir das Kind gerne bestatten möchten und zwar eine Urnenbestattung haben und dann mussten wie so zu irgendeinem Mann gehen an einem Schalter und dies melden und da sagte der: „ aber Sie, das gibt ja gar keine Asche von diesem kleinen Kindlein“. Und dann habe ich gesagt: „ Aber wissen Sie, das kann ihnen ja so etwas von egal sein.“*

Mutter, 29 J., Verlust des 1. Kindes

*Und dann, ja sie (d.h. die Ärzte, Anm. der Autorin) haben uns eigentlich immer etwas im Ungewissen gelassen, was jetzt eigentlich wirklich los sei.*

Mutter, 27 J. , Verlust von Drillingen

### ***Enttäuschung durch Freunde und Familie***

*Es sind dann sehr viele einzelne Leute gekommen, die auf mich zugekommen sind oder auch Freundinnen von mir, die dann gesagt haben ja also jetzt musste du sofort wieder versuchen, das ist das Beste und das wird dir helfen. Das ist mir völlig, das ist mir völlig in den falschen Hals.*

Mutter, 32. J. Verlust von 1. Kind

*Ja, das wäre toll gewesen, wenn Leute da gewesen wäre, die gefragt hätten, wie geht es dir? Oder einfach zugehört hätten, aber das machte man lieber nicht, weil es ja sein könnte, das nachher ein Problem ansteht. In Anführungs- und Schlusszeichen.*

Vater, 34 J., Verlust des 1. Kindes

### ***Nähe zum Partner***

*Also, ich habe gemerkt, dass er mir unheimlich wichtig war und habe ihm auch gesagt, ich schaffe es nicht hindurch ohne dich, ich merkte , ich muss ihn haben, sonst bin ich gerade nochmals verloren, ich muss jemanden haben, er ganz nahe bei mir ist und zu mir steht, das habe ich gespürt.*

Mutter, 38 J. ,Verlust des 3. Kindes

*Wir haben uns, wir waren uns ganz nahe und wir haben wirklich, wir waren wie eins zusammen. Vater, 40. J. ,Verlust von 1. Kind nach langer Kinderlosigkeit*

### **Rückzug**

*Es sind dann jeden Tag Blumen reingekommen und Anrufe und Leute, die gesagt haben, wie leid es ihnen tue und Briefe und also, teilweise wahnsinnig natürlich liebevolle Sachen, und dann teilweise Sachen, die irgendwie, also wo einfach irgendwie nicht gestimmt haben für mich. Ich habe mich aber wie, nicht mehr darüber reden mögen.*

Mutter, 32 J., Verlust des 1. Kindes

## **6.2.4.2 Zeitpunkt T2 6 Monate nach dem Verlust**

### **A. Emotionen**

#### **Trauer, Schmerz**

*Und manchmal geht man ins Kinderzimmer und dann einfach schüttelt einem das Weinen durch diese Endgültigkeit, das war schon sehr schlimm.*

Mutter, 30 J., Verlust von Zwillingen

*Es ist einfach der totale, wirklich eine ganz, ganz tiefe Trauer gewesen.*

Mutter, 32 J., Verlust von 1. Kind

#### **Angst vor neuer Schwangerschaft**

*Das ist sehr schön gewesen, aber auch eine problematische Schwangerschaft, psychologisch gesehen, weil man macht sich einfach jeden Tag Gedanken, wenn es einmal einen Tag nicht schlägt, dann denkt man „was ist jetzt und kommt alles gut.“ Aber also diese Schwangerschaft ist sehr unproblematisch gewesen, es ist alles eigentlich perfekt verlaufen.*

Vater, 24 J., Verlust von Zwillingen

*Aber natürlich mit einer grossen Angst und Horrorschwangerschaft. (Interviewerin: „Dass nochmals etwas schief läuft?“) Ja, ich habe es schon immer probiert, es zu verdrängen, nicht wahr. Aber es geht einfach eine gewisse Zeit und dann kommt es wieder.*

Mutter, 38 J., Verlust des 3. Kindes

#### **Wunsch nach neuer Schwangerschaft**

*Und irgendwann kam der Moment, wo man gesagt hat „ doch wir möchten, wir möchten es wieder probieren“. Und dann hat man natürlich die Energien auch wieder da hineingesteckt. Vater, 44 J., Verlust von Zwillingen*

### **Wunsch nach Ablenkung**

*Ja, also, wir haben dann, im August habe ich dann den Heiratsantrag bekommen von meinem Mann, und dann haben wir eigentlich, ich denke, das ist sehr wichtig gewesen, wir haben ein Projekt gehabt, nämlich unsere Heirat zu planen und wir wussten, wir gehen dann noch einmal nach Australien miteinander, das ist eine Entschädigung, das tönt so seltsam, aber es war etwas, wo wir fanden, dann haben wir dafür jetzt das und freuen uns und machen das wirklich noch, ja. (Interviewerin: "Eine Art Trost oder so?") Ja, irgendwie, auch Ablenkung und einfach sich etwas Gutes tun.*

Mutter, 29 J., Verlust des 1. Kindes

*Dann hat es mir vielleicht auch gut getan, das ich einmal an einem Abend überhaupt nicht über dieses Thema gesprochen habe. Wir haben dann ja über Fussball oder Sport im Allgemeinen gesprochen und das hat mich sicher auch sehr gut getan.*

Vater, 24 J., Verlust von Zwillingen

### **Emotionale Labilität**

*Eben, das ist auch ganz gemischt gewesen. Also man hatte wirklich sehr gute Tage, wo ich lachen konnte und alles, und dann einfach auch wieder ganz schlechte Tage, wo ich wirklich nur noch weinte zu Hause.*

Mutter, 20 J., Verlust von Zwillingen

### **Distanz zu Emotionen**

*Ja, ja, die Trauer ist dann gekommen, also gerade unmittelbar danach eigentlich, ich würde sagen in den ersten paar Wochen gerade danach eigentlich, es ist noch schwer, zeitlich dies genau zu sagen, aber ich schätzt so nach vielleicht drei bis vier Monaten war das nicht mehr das wichtigste, nicht mehr das Thema, also womit ich mich am meisten damit beschäftigt habe. Es war dann eben wieder sicher einerseits die Arbeit und der Freundeskreis näher gekommen und einfach die Beziehung mit meiner Frau ist auch sehr nahe gewesen.*

Vater, 31 J., Verlust von 1. Kind

### **Konfrontation mit Müttern mit lebenden Kindern**

*Und ich dachte auch, ich hätte den dümmsten Beruf für das. Also ich denke, wenn man in eine Bank hocken kann und mit irgendwelchen Zahlen herumjonglieren kann. Aber ich habe immer wieder Frauen gehabt. Und im B. (Krankenhaus mit*

*Geburtenabteilung) noch die Privatpatientinnen, welche die Kinder nie bei sich haben wollten und wenn sie kaum angefangen haben zu weinen riefen „holen Sie es, nehmen Sie es und wickeln Sie es bitte“. Dann musste ich jeweils auch auf zehn zählen und dachte „sei doch froh, wenn Du wenigstens eines hast“.*

Mutter, 25 J., Verlust des ersten Kindes, als Hebamme tätig

### **Nähe zum Kind**

*Das erste Jahr bin ich jeden Tag auf den Friedhof. Einfach, das hat mir so gut getan, wenn ich einfach irgendwie in der Nähe von ihnen noch gewesen bin. Wir sind einfach, wir gingen immer hin mit Lichtlein, wir haben immer Kerzchen gebracht jeden Tag, und ja in dieser Hinsicht sind sie halt schon auch noch sehr nahe gewesen, also, ich habe das auch gebraucht.*

Mutter, 20 J., Verlust von Zwillingen

## **B. Kognitionen**

### **Neubewertung**

*Und dann haben wir diese Ärztin nochmals gesehen, wir konnten nochmals durch diese Neonatologie durchgehen, wir haben einfach nochmals genau erklärt bekommen, ab wann, eben, ein Kind wirklich Überlebenschancen hat, ab wann nicht, ... , das ist einfach sehr interessant gewesen, weil man nimmt es dann auch ganz, ganz anders auf. Weil in dem Moment ist man so absorbiert mit seinen eigenen Problemen, .*

Mutter, 32 J., Verlust des 1. Kindes wegen Präeklampsie

*Also sie haben uns dann nachher gesagt, die Triploidie, das gebe es sehr häufig, aber in der Regel sind es alles Aborte. Dass man gar nicht bemerkt, dass man schwanger gewesen ist. Ich bin jemand, das gibt es sehr selten. Das gibt es ein-, zweimal pro Jahr in der ganzen Schweiz, dass man es so weit überhaupt austrägt. Weil eben die sind gar nicht lebensfähig.*

Mutter, 23 J., Verlust von 1. Kind, hatte Triploidie

*Jemand hat zu mir gesagt, vielleicht hast du diesem Kind noch Nähe und Liebe geben müssen, bevor es ganz gehen konnte, diese Seele und da fand ich, das ist schön, das nehme ich, also das ist jetzt eine Vorstellung, weil ich ja auch genauso empfunden habe.*

Mutter, 29 J., Verlust des 1. Kindes

*Ich habe dann immer gedacht, ja T. ist allen vorausgegangen, so. Vielleicht hat deshalb auch meine Schwiegermutter loslassen können und vielleicht konnte deshalb mein Schwiegervater loslassen, also und dann endlich mein Vater auch noch loslassen können, weil er wollte ja um keinen Preis sterben.*

Mutter, 38 J., Verlust des 3. Kindes, anschliessend zahlreiche Todesfälle in der engen Familie

### **Versagen**

*Dass meine Körper versagt hat, habe ich mich zeitenweise schon gefragt, oder dass mein Gefühl versagt hat, dass ich es nicht vorher gemerkt habe, dass etwas nicht, nicht „verhebet“, das war etwas, das ich ab und zu dachte, ob ich zuwenig auf mich gehört habe, auf meinen Körper gehört, auf die Signale gehört.*

Mutter, 29 J., Verlust des 1. Kindes

### **Warumfrage**

*Dass gerade uns, wo wir so gekämpft haben, habe ich ungerecht gefunden, ja, dass vom Schicksal her dass, wissen Sie, dann sieht man in der Praxis so diese jugoslawische Frau, die raucht, Eiter hat im Mund und schwanger ist und raucht und dann kriegt sie nachher ihr Kind und es ist nicht passiert und ich, die ich so gesundheitsbewusst und alles gemacht habe und aufgepasst habe und mir passiert so etwas. Das war schon, ja, das war schon dabei, ja. Und irgendwie das Unverständnis, dass es gerade und passiert.*

Mutter 30 J., Verlust von Zwillingen nach künstlicher Befruchtung, arbeitet als Zahnarztassistentin

## **C. Körperliches Erleben**

### **Vegetative Symptome**

*Wissen Sie, ich bin nachher noch ein, zwei Monate lange jede Nacht hätte man mein Pyjama auswringen können, ich war so nass, ich hatte Alpträume, ich träumte, ich würde meine zwei Kinder ausgraben.*

Mutter, 30 J., Verlust von Zwillingen

## **D. Soziales Netzwerk**

### **Unterstützung durch Freunde und Familie**

*Aber natürlich kamen dann Telefonanrufe und das war auch schön zu sehen, dass die Leute für einen da sind. Es haben praktisch alle gesagt, wenn etwas ist, komme*

*nur, man merkte dann schon, welche Leute sind wirklich für einen da, wenn man sie nötig hat. Das war eigentlich sehr schön.*

Vater 25 J., Verlust von 1. Kind

*Aber wo ich dann auch sagen konnte „ Du also“, denen ich anrufen konnte ,“mir geht es nicht so gut, kann ich nicht vorbeikommen?“. Und das ist dann eben, die haben dann gerade gesagt „ ja komm vorbei“. Eben, ich bin einfach froh gewesen, dass ich dann gewusst habe, okay, wenn ich ihn anrufe, macht es überhaupt nichts aus.*

Vater, 24 J., Verlust von Zwillingen

*Ja, Familie, ist halt, die sind immer Stütze gewesen, die Familie, die sind immer, immer, sind sicher nicht mehr so nah wie mein Mann, das ist nicht der Teil, ich habe mich schon abgenabelt, als ich weggegangen bin. Und ich bin auch froh, dass wir diesen Abstand haben. Das ist mein Leben, das ist ihr Leben, aber wir können auf sie zählen. Meine Eltern, auch meine Schwiegereltern, die sind da, sehr nah bei mir.*

Mutter, 29 J., Verlust von Zwillingen

### **Nähe zum Partner**

*Er hat mich auch wirklich unterstützt, also ich hatte so das Gefühl, auch lange nachher, wenn er , wenn es für ihn schon, also für mich so das Gefühl, dass es ihm schon viel besser geht und ich bin immer noch am Trauern, dass er wirklich Verständnis gehabt hat und einfach dagewesen ist.*

Mutter, 29 J., Verlust von 1. Kind

*., es gibt ja so viele Ehen, die an so etwas zerbrechen, oder, die wie nicht, aber für mich war das noch nie, für mich war das eher eine noch stärkere Verbindung, vielleicht weil wir auch miteinander da durch sind, ich habe nicht das Gefühl, ich sei allein oder er sei allein, sondern ich habe wirklich das Gefühl, wir sind miteinander da durch, durch das Ganze hindurch. Wir haben auch miteinander geweint und er durfte weinen und ich durfte weinen, ja, es war einfach, es war so wie es war und man musste nicht irgendwie das Gefühl haben, man dürfe jetzt nicht traurig sein.*

Mutter, 38 J., Verlust von 3. Kind

### **Spannungen in der Partnerschaft**

*Ja, klar, genau und ich sagte „ jetzt ist dann langsam, jetzt hast du dann langsam genug davon gehabt, du kommst immer wieder mit dem gleichen“ und sie sagte „ ja natürlich, ich komme nicht weiter, ich muss mit irgend jemandem“, „also jetzt*

*haben wir es etwas zweimal besprochen, was willst du eigentlich?“. Und dann hat es einfach noch, Reaktionen gegeben, schroffe Reaktionen.*

Vater, 34 J., Verlust von 1. Kind

*Ich weiss nicht, sie meinte, nachdem dies alles geschehen ist, ich werde nicht zu ihr stehen und ich sagte „nein, nein, ich stehe zu dir, auch wenn wir keine Kinder haben können oder, aber das ist jetzt nicht im Vordergrund bei mir, du musst dir keine Gedanken“, ich weiss, wie sie sich fühlt, es ist nicht ganz einfach.*

Vater, 40 J., Verlust von 1. Kind nach jahrelangem Warten auf eine Schwangerschaft

*Mein Mann hat mir dann Vorwürfe gemacht, wieso ich nicht aufgestanden bin dort und ins Spital, wieso am Morgen, ein paar Stunden. Wahrscheinlich hätte es nichts genützt, aber er meint vielleicht, dass es an meinem Verhalten lag.*

Mutter, 30 J., Verlust von Zwillingen

### **Unterstützung durch professionelle Helfer**

*Und da hat es eine Ärztin gegeben, eine etwas resolute dort oben, aber mir hat sie noch gefallen, Frau B. hat sie geheissen, sie hat mir mehr oder weniger klar gesagt, tacheles gesprochen, „Sie sind hier zum schwanger werden, ich verstehe Ihre Panik nicht. Also das kriegen wir schon noch hin“. Und eigentlich damals musste ich mir sagen, die Frau hat ja recht.*

Vater, 31 J., Verlust von Zwillingen nach künstlicher Befruchtung

### **Enttäuschung durch Freunde und Familie**

*Also eben ich muss einfach sagen, also die Leute, von gewissen Leuten bin ich einfach enttäuscht worden, welche Sachen gesagt haben wie „ja nimm es nicht so tragisch und damit“, also von daher lernt man die Leute auch richtig zu kennen und man merkt auch wer Kollegen sind und wer einfach gut, ich kenne dich.*

Vater, 24 J., Verlust von Zwillingen

*Also, was mich dann oft wütend gemacht hat, ich habe sehr oft hören müssen „du bist noch jung und ihr habt noch alle Zeit der Welt“. Und das, das ist mir, das wusste ich auch, und das hat mich noch lange wütend gemacht.*

Mutter, 23 J., Verlust von 1. Kind

### **Wunsch nach Rückzug**

*.., also es gibt natürlich schon einzelne Leute mit denen man vielleicht das Gespräch gesucht hat, sich über das, was passiert ist, unterhalten hat. Aber ich bin dort eigentlich eher verschlossen, also es ist nicht so, dass ich dann, ja, das gross*

*bereden wollte, weil für mich ist es, ja ist es sehr eine intensive Erfahrung gewesen und auch eine wichtige Erfahrung und ich glaube ich habe einiges aus dieser Erfahrung gelernt. ... Also mein Kommunikationsbedarf nach aussen war nicht so gross.*

Vater, 34 J., Verlust von 1. Kind

*Ich bin dort sehr viel in die Konzerte, ich bin sehr viel in die Oper, ich habe sehr gerne klassische Musik und das ist irgendwie, ja, das ist für mich total heilsam gewesen, So dieses, schöne Musik hören und einfach, ja. Während ich, eben wie gesagt, ich habe angefangen, Yoga zu machen, ich habe mich massieren lassen, ich habe einfach enorm viel Zeit für mich selber gebraucht, also es hat irgendwie dann auch wie die Seele ein wenig wieder verheilen lassen.*

Mutter, 32 J., Verlust von 1. Kind

### **Toleranz in der Partnerschaft**

*Ja, ja, ich fand dann zuerst, ja, also für mich gedacht, ja, dann ist es ihm halt nicht so wichtig. Wie, ich geh jeden Tag auf den Friedhof und er kam vielleicht ein- oder zweimal in der Woche. Und jetzt ist es vielleicht nur ein- zweimal in zwei Monaten oder so. Und dann hat er mir aber noch gesagt „ weißt du, ich muss nicht unbedingt auf den Friedhof, um an sie zu denken“, das könne er auch einfach, wo er gerade sei. Und das habe ich so akzeptiert, das ist für mich jetzt in Ordnung so.*

Mutter, 27 J., Verlust von Drillingen

## **6.2.3.2 Zeitpunkt T3 3.5 - 6.5 Jahre nach dem Verlust**

### **A. Emotionen**

#### **Schmerz, Trauer**

*Wir gehen ab und zu mal auf den Friedhof oder ich tue auch das Grab dort selber bepflanzen oder jetzt eben auch Allerseelen oder so, Allerheiligen und bei mir passiert es ab und zu, dass ich weinen muss oder dass mir die Tränen herunterlaufen, aber nicht so, dass es mich wirklich schüttelt.*

Mutter, 32 J., Verlust von 1. Kind vor 4 J.

*Also, ich weine jetzt nicht mehr, wenn ich an T. denke, vielleicht kommt mir schon auch einmal eine Träne heraus, das gibt es immer wieder, aber ich bin immer wieder schneller an der Oberfläche.*

Mutter, 38 J., Verlust von 3. Kind vor 3.5 J.



### ***Distanz zu Emotionen***

*Ich muss allerdings sagen, wir sind jetzt unabhängig voneinander mittlerweile ein Jahr schon nicht mehr dort gewesen (auf dem Friedhof, Anm. der Autorin). Das hiesst, dass wieder andere Sachen im Alltag Platz gefunden, respektive der Alltag einfach wieder so läuft, dass man sich bewusst Zeit schaffen muss, um dort hinzugehen. Vorher hat man gar nicht überlegt, dass man dorthin geht, da war das wichtig.*

Vater, 34 J., Verlust von 1. Kind vor 3.5 J.

*Es ist auch nicht so, dass wir sagen könnten, wir haben es vergessen, wenn man darüber spricht, kommt es „obsi“ (Stimme zittert, weint), aber wir können im Alltag damit leben und es geht recht gut.*

Vater, 44 J., Verlust von Zwillingen vor 4 J.

### ***Integration***

*Obwohl der Trauerprozess eigentlich abgeschlossen ist, ja, wie auch heute noch, ich denke viel noch an sie, aber mir kommen nicht gerade Tränen, aber sie gehört einfach, ja, dazu. Sie ist wie ein Teil von uns, und ich will, dass das auch so bleibt ein Stück.*

Mutter, 23 J., Verlust von 1. Kind vor 3.5 J.

*Unser T. hat seinen festen Platz in unserem Leben und in meinem Leben und das wird immer so bleiben. Es ist manchmal auch so, ja manchmal spreche ich auch mit ihm. Vor allem den Tag durch und wenn ich sehe, T., jetzt läuft das und das und so. Und wenn du jetzt bei uns sein würdest, würde das und das passieren und so.*

Mutter, 38 J., Verlust von 3. Kind vor 3.5 J.

### ***Nähe***

*Ich zünde jeden Abend, also, habe ich also so Teelichter und ich zünde also immer jeden Abend die Teelichter und sie ist immer vor den Augen.*

Mutter, 38 J., Verlust von 1. Kind vor 3.5 J.

## **B. Kognitionen**

### ***Neubewertung***

*Ja, und im Moment muss man sogar sagen, eben, wie gesagt, uns, bei uns ist es noch gut, insofern gut herausgekommen, weil das Resultat, das wir jetzt haben ist eigentlich super. Einfach, wie bis wir dahin gekommen sind, was vorher passiert*

*ist, hätte ja nicht sein müssen, aber lieber noch so, und, aber das zeigt einem erst die Zeit.*

Vater, Verlust von Zwillingen vor 4 Jahren, danach Geburt von lebenden Zwillingen

*Ich glaube, er wäre viel zu fein (sensibel) für diese Welt gewesen. Also, er ist schon weiter, er ist uns schon voraus, er ist gekommen und wieder gegangen*

Mutter, 38 J., Verlust von 3. Kind vor 3.5 J.

*Positives, also positiv war nur, als es das zweite Mal geschehen ist, normal, als es passierte, vielleicht war C. diejenige, die das Eis, die den Durchbruch machte, ja, also wenn C. das nicht erleben durfte oder am Leben sein darf, dann wenigsten das zweite Kind.*

Vater, 40 J., Verlust von 1. Kind nach künstlicher Befruchtung, 2. Schwangerschaft auf natürlichem Wege zustande gekommen

### **Trost**

*Weil wir wussten, wo sie jetzt ist und dass wir sie wiedersehen werden nach dem Tode und – das hat dann für mich auch eine Freude, also ich bin gespannt, sie wiederzusehen.*

Mutter, 23 J., Verlust von 1. Kind vor 3.5 J.

*Wenn mich Leute fragen ob ich ein Kind habe und wie es mit Kindern sei, dass sage ich, ich hätte eines, ich habe einfach eines auf einer anderen Ebene als andere Leute. Und eben es ist da oben, es wird über mein ganzes Leben wachen, es schaut was ich mache.*

Vater, 25 J., Verlust von 1. Kind vor 5 J.

### **Zweifel an medizinischer Behandlung**

*Es (d.h. die Infektion, Anm. der Autorin) ist irgendwie aufgestiegen in die Gebärmutter, aber das, was ich nicht begreife, warum der Arzt einen halben Tag vorher nichts davon gemerkt, unter dem Mikroskop nichts sieht und einen halben Tag später komme ich eine lebensgefährliche Situation. Und wirklich zwei gesunde, kerngesunde Mädchen dafür opfern müssen.*

Mutter, 30 J., Verlust von Zwillingen vor 4 J.

### **Eigenes Versagen**

*Die Frage war immer da, man stellt sie sich heute noch, was habe ich falsch gemacht, aber ich weiss, dass das nichts mehr an der Lage ändert.*

Mutter, 30 J., Verlust von Zwillingen vor 4 J.

### ***Vorstellung des verstorbenen Kindes***

*Ja, es ist immer wieder Thema, ganz spontan so, wie als wäre jetzt T., was würde er jetzt machen und so.*

Vater, 43 J., Verlust von 3. Kind vor 3.5 J.

### ***Warumfrage***

*Manchmal kommt schon immer noch ein wenig das Warum, ja. Also ich denke, ich habe dies jetzt sicher in dieser Zeit etwas mehr nach hinten schieben können, also, dass ich nicht mehr so viel frage, sagen wir jetzt, wie im ersten Jahr oder noch ein wenig länger. Damals ist das Warum schon noch öfter gekommen.*

Mutter, 38 J., Verlust von 3. Kind vor 3.5 J.

## **C. Körperliches Erleben**

Vernachlässigbar wenige Aussagen

## **D. Soziales Netzwerk**

### ***Wichtigkeit des nächsten Kindes***

*Aus dem Grund hat sich das automatisch ergeben, dass sie, in dem Moment, als sie (die nächstgeborene Tochter, Anm. der Autorin) natürlich da war, eigentlich uns mehr oder weniger vereinnahmt hat und wir dann nicht mehr zurückgeschaut haben und gesagt haben „oh, wie traurig und wie schlimm, dass wir unseren Sohn verloren haben“, sondern wir haben uns in erster Linie gefreut, dass wir eine gesunde Tochter haben.*

Vater, 34 J., Verlust des ersten Kindes vor 4 J.

*Sie sind wirklich, das ist jetzt vielleicht Vaterstolz, aber sie sind wirklich gut herausgekommen. Auch als Menschen dünkt es mich. Sie machen wirklich einen guten Weg. Und das ist eine riesen Befriedigung.*

Vater, 44 J., Verlust von Zwillingen vor 4 J.

### ***Einbezug der Geschwister***

*Also unser Sohn, der kommt jetzt jeweils auch mit und wir erzählen ihm zum Beispiel auch von den beiden, weil ich finde, sie gehören auch zu uns. Und ich meine, wir haben zu Hause auch Föteli von ihnen. Und ja, irgendwie beziehen wir ihn eben auch ein wenig mit ein, eben, dass sie mal bei uns gewesen sind und jetzt halt nicht mehr. Mutter, 20 J., Verlust von Zwillingen vor 4.5 J.*

## 6.3 Themenbereich 2: Belastungen und Unterstützung – was brauchen Eltern?

Im Folgenden werden die Resultate des Themenbereiches 2 „Belastungen und Unterstützung“ vorgestellt. Dabei werden im *ersten Unterkapitel* Belastungen und Unterstützung, über welche die Eltern in den Interviews berichteten, für die fünf Zeitpunkte Vorfeld der Schwangerschaft (T00), Schwangerschaft (T0), Spitalaufenthalt und erste Zeit danach (T1), sechs Monate nach dem Verlust des Kindes (T2) sowie 6 Monate bis 3.5 - 6.5 Jahre nach dem Verlust des Kindes (T3) dargelegt. Der Zeitpunkt T3 wurde auf den Zeitraum von sechs Monaten nach dem Verlust des Kindes bis zum Zeitpunkt des Interviews ausgedehnt. Ausgehend von der Annahme, dass wichtige Inhalte häufiger genannt werden, wird anhand der Antwortzahlen eine mögliche Gewichtung der Inhalte vorgenommen sowie auf interessante Geschlechterunterschiede eingegangen. Das *zweite Unterkapitel* geht zusammenfassend auf die Veränderungen der erlebten Belastungen und Unterstützung über den Zeitverlauf ein. Das *dritte Unterkapitel* widmet sich der Zusammenfassung der Resultate. Im *vierten Unterkapitel* werden zur Illustration ausgewählte Aussagen der Eltern zu den einzelnen Inhalten aus den Interviews vorgestellt.

Wie sich beim Auswerten der Aussagen der Eltern herausstellte, gibt es für den Themenbereich „Erleben der Eltern“ sowie „Belastungen und Unterstützung“ gewisse Überschneidungen. Da in den beiden Themenbereichen jedoch grundsätzlich unterschiedliche Aspekte beleuchtet werden, wurde die Unterteilung in zwei Themenbereiche trotz der Überlappungen beibehalten.

### 6.3.1 Belastungen und Unterstützung

#### 6.3.1.1 Zeitpunkt T00: Vorfeld der Schwangerschaft

##### A. Belastungen

Im Vorfeld der Schwangerschaft berichteten 5 von 19 Eltern über medizinische Probleme, welche eine Schwangerschaft erschwerten, wie z.B. Un-

fruchtbarkeit des einen Partners. Damit verbunden waren auch aufwändige medizinische Massnahmen, um trotzdem eine Schwangerschaft zu ermöglichen. Ebenfalls 5 Eltern erzählten, dass sie vor der Schwangerschaft mit dem frühgeborenen Kind schon einmal einen vorzeitigen Abbruch der Schwangerschaft erlebt hatten, wie z.B. einen Abort. 3 Interviewpartner berichteten über Partnerschaftsprobleme mit der Frage nach einer Trennung zum Zeitpunkt des Beginns der Schwangerschaft.

### B. Hilfreiches/Unterstützung

Hier erfolgte nur eine Antwort eines Interviewpartners, welche sich darauf bezog, dass die medizinischen Massnahmen bei einer Unfruchtbarkeitssituation besser als erwartet griffen.

Tabelle 9: Belastungen - Hilfreiches zum Zeitpunkt T00 (Vorfeld der Schwangerschaft) - Überblick über genannte Themen und Anzahl Antworten pro Thema

<i>Kategorie</i>	<i>Inhalte/Themen</i>	<i>Anzahl Antwor- ten</i>	<i>Anzahl Eltern</i>
<b>Belastungen</b>	Medizinische Probleme des einen Partners	5	5
	Vorhergehende SS frühzeitig beendet	5	5
	Partnerschaftsprobleme	3	3
	Total häufigste Antworten*	13	
	<b>Total aller Antworten</b>	<b>15</b>	
<b>Hilfreiches</b>	Medizinische Probleme gut gelöst	1	
	<b>Total aller Antworten</b>	<b>1</b>	
<b>Bilanz Belastungen – Hilfreiches in %</b>		<b>94:6</b>	

\* Im Sinne eines besseren Überblicks werden nur die Unterkategorien mit den häufigsten Antwortzahlen aufgeführt. Für einen Gesamtüberblick der Unterkategorien s. Anhang, Kapitel 2.2, Tabelle 24

## 6.3.1.2 Zeitpunkt T0: Schwangerschaft

### A. Belastungen

Für die Monate während der Schwangerschaft wurden von den Eltern folgende Erlebnisse und Situationen als belastend erlebt: 5 von 19 Eltern berichteten im Rückblick über Situationen, in denen sie das Gefühl hatten, medizinisch nicht ausreichend gut behandelt worden zu sein und ärztli-

ches Fehlverhalten zu erleben. Sie fühlten sich nicht ernst genommen in ihren Anliegen oder hatten das Gefühl, ungenügend informiert worden zu sein. Ebenso erlebten 5 von 19 Eltern Belastungen an der Arbeitsstelle, welche mit der Schwangerschaft in einem Zusammenhang standen. Angst vor einer möglichen Kündigung sowie das Gefühl, als schwangere Frau nicht mehr willkommen zu sein am Arbeitsplatz wurde, von diesen Eltern erwähnt. Drei Frauen berichteten ausserdem über medizinische Komplikationen wie Blutungen zu Beginn der Schwangerschaft oder die Notwendigkeit einer Cerclage.

### B. Hilfreiches/Unterstützung

Als hilfreich wurde von den Eltern die Unterstützung durch den Partner sowie durch Freunde und die Familie erlebt. Je drei Eltern erwähnten diesen Aspekt.

Tabelle 10: Belastungen - Hilfreiches zum Zeitpunkt T0 (Schwangerschaft) – Überblick über genannte Themen und Anzahl Antworten pro Thema

<i>Kategorie</i>	<i>Inhalte/Themen</i>	<i>Anzahl Antwor- ten</i>	<i>Anzahl Eltern</i>
<b>Belastungen</b>	Mangelhafte ärztliche Betreuung	6	5
	Arbeitssituation	5	5
	Medizinische Komplikationen	4	4
	Total häufigste Antworten*	15	
	<b>Total aller Antworten</b>	<b>20</b>	
<b>Hilfreiches</b>	Partnerschaft	3	3
	Familie und Freunde	3	3
	<b>Total aller Antworten</b>	<b>8</b>	
<b>Bilanz Belastungen – Hilfreiches in %</b>		<b>71:29</b>	

\* Im Sinne eines besseren Überblicks werden nur die Unterkategorien mit den häufigsten Antwortzahlen aufgeführt. Für einen Gesamtüberblick der Unterkategorien s. Anhang, Kapitel 2.2, Tabelle 25

### **6.3.1.3 Zeitpunkt T1: Hospitalisation und kurz danach**

#### **A. Belastungen**

Zum Zeitpunkt des Spitalaufenthaltes fühlten sich die Eltern insbesondere durch schwierig auszuhaltende Emotionen belastet. Ausnahmslos alle Eltern berichteten über Gefühle von intensivem Schmerz, Trauer, Enttäuschung, Wut und Angst. Dieser Aspekt machte fast ein Drittel - nämlich 53 von 170 - aller Antworten aus. Am zweithäufigsten fühlten sich die Eltern durch das Verhalten von professionellen Helfern im Spital beeinträchtigt. 8 von 19 Eltern erwähnten schmerzhaft und von ihnen als unnötig empfundene medizinische Eingriffe, ungenügende oder widersprüchliche Informationen oder fehlendes Einfühlungsvermögen vonseiten der professionellen Helfer. Ebenfalls fast die Hälfte der betroffenen Eltern, nämlich 9 von 19, erlebten gewisse Umstände im Krankenhaus als belastend. Die Notwendigkeit, in dieser Ausnahmesituation das Zimmer auf der Risikoabteilung (Pränatalabteilung) mit einer anderen Patientin zu teilen, der kalt und unfreundliche erscheinende Gebärsaal oder unnötig erscheinende Bürokratie wurden als zusätzliche Beeinträchtigung empfunden. Neben diesen eher mit dem Ort und den Personen des Spitals verbundenen Belastungen fühlten sich viele Eltern durch die reale Situation an und für sich stark betroffen. Das Bewusstsein, dass nicht nur das Leben des Kindes, sondern auch das eigene, bzw. dasjenige der Partnerin in Gefahr stand, wurde von 11 von 19 Eltern als sehr belastend erwähnt. Ebenso fühlten sich 10 Eltern vom Umstand des Abschiednehmen-Müssens von ihrem Kind stark in Mitleidenschaft gezogen. Ebenfalls 10 von 19 Eltern berichteten über Gedanken, wie z.B. die Frage nach dem Warum oder nach einem allfälligen eigenen Versagen, welche sie in der akuten Situation belastend beschäftigten. Belastungen, welche mit der Partnerschaft in einem Zusammenhang standen, wurden von 9 von 19 Eltern erwähnt. Hier stand v.a. die Sorge um den Partner im Vordergrund; es wurden aber auch Schuldgefühle oder Eifersucht dem Partner gegenüber geäußert. Fast alle Mütter, nämlich 8 von 10 berichteten, dass sie stark beeinträchtigt waren durch körperliches Erleben wie starke Schmerzen oder den unerwarteten Milcheinschuss. Ebenso war für mehr als ein Drittel der Eltern die Konfrontation mit lebenden Kindern im Krankenhaus, z.B. auf der Station oder in der Spital-

Cafeteria eine schwierig auszuhaltende Situation. 7 von 19 Eltern fühlten sich in dieser Ausnahmesituation durch psychosomatische Reaktionen, wie Schlafstörungen oder Schwitzen beeinträchtigt.

### **B. Hilfreiches/Unterstützung**

Fast ein Viertel, nämlich 47 von 193 Antworten entfielen auf den Bereich Unterstützung durch professionelle Helfer. 15 von 19 Eltern berichteten über hilfreiche Erlebnisse mit dem Personal im Spital. Verständnis, Zuwendung und Dasein, Unterstützung beim Abschiednehmen vom Kind, kleine Gesten und das Eingehen auf besondere Wünsche wurden in dieser Situation als sehr hilfreich erlebt. Ebenso erwähnten 16 Eltern die Wichtigkeit von Ritualen. Fotos vom verstorbenen Kind zu machen, die Möglichkeit, es zu taufen, das Bettchen zu schmücken oder das Kind noch bei sich im Zimmer zu haben wurde von den Eltern als äusserst unterstützend erlebt. 15 von 19 Eltern erwähnten die Wichtigkeit ihres Partners und erlebten in dieser Situation intensive Nähe zu ihm. Ebenso viele Eltern berichteten über tragfähige Unterstützung durch Freunde und Familie und erlebten Anwesenheit, Zuwendung und praktische Hilfe, wo sie es brauchten. Als bereichernd in dieser schwierigen Situation wurde von 15 von 19 Eltern auch die Nähe zu ihrem Kind erlebt. In den kurzen, aber oft sehr intensiven Stunden, in denen das Kind leben durfte, erlebten viele Eltern eine intensive Nähe und freuten sich über sein Aussehen und sein Dasein. Als entlastend beschrieben 10 von 19 Eltern ausserdem ethische Überlegungen, welche sie sich in Bezug auf das Leben ihres Kindes machten. Der Gedanke, das Kind nicht unnötig leiden zu lassen oder sein Weiterleben nicht erzwingen zu wollen, wurde von diesen Eltern als entlastend erlebt. 7 von 19 Eltern berichteten über Unterstützung durch das Setting im Spital wie die Möglichkeit, trotz regulärem Versicherungsstatus in einem Einzelzimmer zu sein oder das Angebot für den Vater, im Spital zu übernachten. 9 von 19 Eltern berichteten ausserdem auch in dieser belastenden Extremsituation über hilfreiche Gefühle wie Hoffnung für ihr Kind oder Dankbarkeit beim Anblick des friedlichen Gesichts des Kindes nach seinem Tod.



Tabelle 11: Belastungen - Hilfreiches zum Zeitpunkt T1 (Spitalaufenthalt und erste Zeit danach) - Überblick über genannte Themen, Anzahl Antworten pro Thema und prozentualer Anteil von Vätern und Müttern zu den einzelnen Themen

<i><b>Kategorie</b></i>	<i><b>Inhalte/Themen</b></i>	<i><b>Anzahl Antw.</b></i>	<i><b>Anzahl Eltern</b></i>	<i><b>Verhältnis Antworten Mütter - Väter in %</b></i>
<b>Belastungen</b>	Gefühle	53	19	62:38
	Professionelle Helfer	23	8	67:33
	Setting im Spital	16	9	86:14
	Gefährdung der Mutter	11	11	52:48
	Abschiednehmen vom Kind	10	10	68:32
	Gedanken	10	7	78:22
	Partnerschaft	9	8	53:47
	Konfrontation mit lebenden Kindern	7	7	69:31
	Psychosomatische Beschwerden	7	6	69:31
	Total häufigste Antworten*	146		
	<b>Total aller Antworten</b>	<b>170</b>		<b>69:31</b>
<b>Hilfreiches</b>	Professionelle Helfer	47	15	70:30
	Rituale	33	16	55:45
	Partner	26	15	79:21
	Freunde/Familie	23	15	45:55
	Nähe zum Kind	18	15	53:47
	Setting im Spital	12	7	56:44
	Ethische Überlegungen	11	10	80:20
	Gefühle	10	9	68:32
	Total häufigste Antworten	180		<b>67:33</b>
	<b>Total aller Antworten</b>	<b>195</b>		
<b>Bilanz Belastungen – Hilfreiches in Prozenten</b>		<b>47:53</b>		

\* Im Sinne eines besseren Überblicks werden nur die Unterkategorien mit den häufigsten Antwortzahlen aufgeführt. Für einen Gesamtüberblick der Unterkategorien s. Anhang, Kapitel 2.2, Tabelle 26

### C. Geschlechtsunterschiede

Bei den Belastungen stammten insgesamt 69% der Antworten von den Müttern und 31% von den Vätern. Ausgehend von diesem Verhältnis springen folgende Geschlechtsunterschiede ins Auge: Das Setting im Spital sowie Belastungen durch Schmerzen und andere belastende körperliche Symptome wurden vermehrt von den Müttern geäußert (86%, bzw. 100%).

Ebenso waren die Mütter eher von negativen Gedanken belastet als die Väter (78%). Hingegen berichteten Väter im Vergleich zu den obigen Referenzzahlen häufiger über die Belastung durch die Gefährdung ihrer Partnerin sowie Sorgen um sie (48, bzw. 47%).

Bei den Angaben zu hilfreichen Erlebnissen und Erfahrungen lag das Verhältnis der Antworten zwischen Müttern und Vätern bei 67:33%. In Bezug auf diese Zahlen wurde von den Müttern die Partnerschaft (79%) sowie ethische Überlegungen (83%) häufiger als hilfreich erlebt. Für Väter hingegen waren - in Bezug auf die Referenzangabe von 33% - Rituale (45%), die Unterstützung durch Familie und Freude (55%), die Nähe zum Kind (47%) sowie das Setting im Spital (44%) öfter hilfreich.

#### **6.3.1.4 Zeitpunkt T2: 6 Monate nach dem Verlust**

##### **Belastungen**

Wie auch während der Hospitalisation erwähnten die Eltern 6 Monate nach dem Verlust schwierige Emotionen als die häufigste Belastung. 15 von 19 Eltern berichteten über intensive Gefühle von Trauer, Wut oder Schuld. In dieser Zeit wurden auch unpassende Reaktionen der Umgebung als belastend erlebt. 8 von 19 Eltern erwähnten, dass sie sich durch ungeschickte Bemerkungen, gute Ratschläge und Beschwichtigungen oder die Unsicherheit des Umfeldes im Umgang mit ihnen verletzt gefühlt hätten. Nicht nur im sozialen Umfeld, sondern auch in der Partnerschaft traten in dieser Phase Spannungen auf. 9 von 19 Eltern berichteten über ein Gefühl, den Partner trotz eigenem Involviertsein trösten zu müssen, über Entfremdungsgefühle durch einen unterschiedlichen Umgang mit der Situation oder über Vorwürfe und Schuldzuweisungen. Auf das Verhalten von professionellen Helfern wie Pfarrern, Ärzten oder Gemeindebeamten wurde von gut der Hälfte als belastend empfunden. Unnötige Bürokratie auf Ämtern, inadäquate Bemerkungen oder das Bewusstsein, dass in der medizinischen Behandlung u.U. Fehler passiert sein könnten, beschäftigte 10 von 19 Eltern. Knapp ein Drittel, nämlich 6 von 19 Eltern waren nach wie vor mit Gedanken nach dem Warum oder eines allfälligen eigenen Versagens beschäftigt.

Ebenfalls 6 von 19 Eltern machten sich Gedanken über eine nächste Schwangerschaft und verspürten Angst in Bezug darauf. Auch die Begegnung mit Müttern mit lebenden Kindern oder schwangeren Mütter war für viele Eltern nach wie vor sehr belastend, und sie berichteten über Eifersucht und Wutgefühle bei Anblick von lebenden Kindern. 4 Eltern litten unter dem Umstand, die Wohnung oder das Haus für das erwartete Kind eingerichtet zu haben und beim Anblick des leeren Zimmers immer wieder an den schmerzlichen Verlust erinnert zu sein. 5 von 19 Eltern waren durch den erlittenen Verlust in eine Glaubenskrise geraten, die sie als belastend und verunsichernd erlebten.

### **Hilfreiches/Unterstützung**

Während der ersten Monate nach dem Verlust des Kindes wurde der Kontakt zu Freunden und Familie von den Eltern als besonders hilfreich erlebt. Ebenso erlebten einige Eltern Unterstützung von ihrem Arbeitgeber. 18 von 19 Eltern berichteten über emotionale Unterstützung durch ihr soziales Umfeld wie Zuwendung und Verständnis oder aber praktische Hilfe wie Angebote, etwas zu unternehmen oder trotz erfolgter Kündigung an die Arbeitsstelle zurückzukehren. Noch immer waren rituelle Handlungen für viele Eltern unterstützend. 14 von 19 Eltern berichteten über das Bedürfnis, eine Todesanzeige zu verschicken, das Grab des Kindes zu besuchen oder regelmässig Kerzen anzuzünden. Auch die Beziehung zum Ehepartner wurde von den meisten Eltern als unterstützend beschrieben. 15 von 19 Eltern erlebten in dieser Zeit eine intensive Nähe zum Partner und ein gegenseitiges Füreinander-Dasein. Viele berichteten, dass das tragische Ereignis sie näher zusammengebracht und miteinander verbunden habe. 8 von 19 Eltern hatten ausserdem hilfreiche Begegnungen mit professionellen Helfern. Insbesondere aufklärende Nachgespräche im Spital wurden von den Eltern als entlastend empfunden. In dieser Phase erfolgte von den Eltern erstmals eine kognitive Neubewertung des Erlebten; 11 von 19 Eltern beschrieben entlastende neue Einsichten, tröstliche Gedanken und Kognitionen, die ihnen halfen, das Erlebte einzuordnen. Neben den Ritualen wurde von 12 Eltern auch die Wichtigkeit des Grabes des Kindes betont. Einen Ort zu haben, an dem sie ihr verstorbenes Kind besuchen konnten, wurde

von diesen Eltern sehr geschätzt und teilweise täglich genutzt. Neben der intensiven Auseinandersetzung mit dem Erlebten berichteten viele Eltern auch, dass Ablenkung in Form von Arbeit, Ferien oder einem Hobby für sie hilfreich gewesen sei. Ebenso berichtete gut ein Drittel der Eltern, nämlich 7 von 19, es habe ihnen gut getan, ihren Gefühlen Ausdruck zu verleihen durch Erzählen, Weinen oder Schreiben. 6 von 19 Eltern erlebten ausserdem den Kontakt zu Menschen, die etwas Ähnliches erlebt hatten, als entlastend und unterstützend.

### **Geschlechtsunterschiede**

Das prozentuale Verhältnis der Anzahl Antworten zwischen Müttern und Vätern betrug für den Bereich Belastungen zum Zeitpunkt sechs Monate nach dem Verlust des Kindes 57:43%. Für diese Rubrik sind folgende Geschlechtsunterschiede erwähnenswert: die Partnerschaft mit Sorgen um den Partner oder Schuldgefühlen diesem gegenüber belastete deutlich mehr Väter (83%). Ebenso waren die Väter viel ängstlicher in Bezug auf oder während einer nächsten Schwangerschaft (87%). Demgegenüber waren die Mütter stärker belastet durch die Konfrontation mit Müttern mit lebenden Kindern (82%) oder durch die Wohnsituation (78%), wie z.B. das leere Kinderzimmer.

Bei der Rubrik Hilfreiches überwogen wiederum die Antworten der Mütter mit 61% gegenüber 39% bei den Vätern. Ablenkung, das Ausdrücken von Gefühlen sowie Solidaritätserlebnisse werden deutlich öfter von den Müttern genannt (73%, 78%, resp. 74%).

Tabelle 12: Belastungen – Hilfreiches zum Zeitpunkt T2 (6 Monate nach dem Verlust) - Überblick über genannte Themen, Anzahl Antworten pro Thema und prozentualer Anteil von Vätern und Müttern zu den einzelnen Themen

<i><b>Kategorie</b></i>	<i><b>Inhalte/Themen</b></i>	<i><b>Anzahl Anw.</b></i>	<i><b>Anzahl Eltern</b></i>	<i><b>Verhältnis Antworten Mütter - Väter in %</b></i>
<b>Belastungen</b>	Gefühle	35	15	66:34
	Freunde und Familie	20	8	63:37
	Partnerschaft	16	9	17:83
	Professionelle Helfer	16	10	62:38
	Gedanken	9	6	64:36
	Angst vor/während nächster SS, Komplikationen	7	6	13:87
	Konfrontation mit lebenden Kindern	6	6	82:18
	Wohnsituation	5	4	78:22
	Glaubenskrise	5	5	57:43
	Total häufigste Antworten*	119		
	<b>Total aller Antworten</b>	<b>151</b>		<b>57:43</b>
<b>Hilfreiches</b>	Freunde und Familie	41	18	56:44
	Rituale	24	14	55:45
	Partnerschaft	22	15	61:39
	Professionelle Helfer	14	8	55:45
	Neubewertung	13	11	67:33
	Vorhandensein von Grab	12	12	56:44
	Ablenkung	12	11	73:27
	Ausdrücken von Gefühlen	10	7	78:22
	Solidaritätserlebnisse	8	6	74:26
	Total häufigste Antworten	156		
	<b>Total aller Antworten</b>	<b>187</b>		<b>61:39</b>
	<b>Bilanz Belastungen – Hilfreiches in Prozenten</b>	<b>44:56</b>		

\* Im Sinne eines besseren Überblicks werden nur die Unterkategorien mit den häufigsten Antwortzahlen aufgeführt. Für einen Gesamtüberblick der Unterkategorien s. Anhang, Kapitel 2.2, Tabelle 27

### **6.3.1.4 Zeitpunkt T3: 6 Monate bis 3.5 – 6.5 Jahre nach dem Verlust**

#### **Belastungen**

Längere Zeit nach dem Verlust des Kindes waren die Eltern deutlich weniger Belastungen ausgesetzt. Die am häufigsten erwähnten Bereiche waren unangenehme Emotionen und Gedanken. 10 Eltern erwähnten noch immer Gefühle von Trauer, Wut und Schmerz beim Gedanken an ihr verstorbenes Kind. Ebenso waren 8 Eltern noch immer mit der Frage nach dem Warum oder einem allfälligen eigenen Versagen beschäftigt. 10 Eltern berichteten über Ängste während einer nächsten Schwangerschaft. Zunehmend öfter wurden von den Eltern Zweifel an der Angemessenheit der erfolgten medizinischen Behandlung geäußert. 9 von 19 Eltern fragten sich, ob während der Schwangerschaft oder während des Spitalaufenthalts medizinische Fehler geschehen seien, ohne welche der Verlust des Kindes vielleicht zu vermeiden gewesen wäre. Als neue Belastung berichtete knapp ein Drittel – nämlich 6 von 19 Eltern - über Auslösesituationen, die in ihnen belastende Erinnerungen wachrufen würden. Der Todestag des Kindes, Fotos oder die räumliche Nähe zum Spital wirkten bei diesen Eltern als Trigger, welche unangenehme Erinnerungsbilder aufleben liessen.

#### **Hilfreiches/Unterstützung**

Als entlastend erlebten die Eltern nach der ersten Verarbeitungsphase insbesondere die gedankliche Neubewertung des Verlustes ihres frühgeborenen Kindes. Die Integration von zusätzlichen medizinischen Informationen, Antworten auf Sinnfragen sowie tröstliche Gedanken halfen 13 von 19 Eltern, mit dem Verlust ihres Kindes umzugehen und diesen einzuordnen. Als positiv erwähnten ausserdem 14 von 19 Eltern, dass sich ihre Partnerschaft durch das gemeinsam Durchlebte vertieft habe und sie sich mit ihrem Partner stärker verbunden fühlten als früher. 12 von 19 Eltern berichteten über eine emotionale Integration des Kindes, welche sie als tröstlich und positiv erlebten. Ebenfalls als entlastend erlebte mehr als die Hälfte, d.h. 11 von 19 Eltern eine innere Distanz zu den erlebten belastenden Gefühlen. Diese wurden als weniger akut erlebt und die Eltern hatten den

Eindruck, ein gewisses Mass an Kontrolle darüber gewonnen zu haben. 8 von 19 Eltern berichteten ausserdem, dass sich die Beziehung zu ihren Freunden durch das Erlebnis des Verlustes vertieft habe, was sie als sehr wertvoll erlebten. Als sehr entlastend beschrieben 8 von 19 Eltern die Geburt eines oder mehrerer nachfolgender Kinder. Die Freude darüber erfüllte diese Eltern sehr und liess Trauer und Schmerz über das verlorene Kind in den Hintergrund treten. Ebenfalls als positiv erwähnten 8 von 19 Eltern eine Verbesserung ihrer Empathiefähigkeit. Sie beschrieben, sich durch den erlebten Verlust besser in andere Menschen in schwierigen Lebenssituationen einfühlen zu können und dies als bereichernd zu erleben. Nach wie vor war für viele Eltern das Vorhandensein eines Grabes entlastend und hilfreich; 8 von 19 Eltern berichteten, dass sie das Grab des Kindes regelmässig besuchen würden und es für sie ein wichtiger Ort geworden wäre. Mehr als ein Drittel der Eltern - nämlich 7 von 19 - beschrieben, dass sich ihr Glaube oder ihre Spiritualität vertieft oder positiver Weise verändert habe.

### **Geschlechterunterschiede**

Bei den Belastungen zu einem späteren Zeitpunkt lag das prozentuale Verhältnis der Antwortzahl zwischen Müttern und Vätern bei 65:35%. Hier fielen folgende Geschlechtsunterschiede auf: Die Mütter berichteten in Bezug auf diese Verteilung häufiger über Ängste in einer nächsten Schwangerschaft (73%) sowie über belastende Erinnerungen (88%). Bei den Antworten im Bereich Hilfreiches, wo das Verhältnis der Antworten zwischen Müttern und Vätern bei 59:41% lag, war für die Mütter das Vorhandensein eines Grabes öfter hilfreich und wichtig als für die Väter (73%). Die Väter hingegen berichteten in Bezug auf diese Referenzzahlen häufiger über eine emotionale Integration des Kindes (53%), die Wichtigkeit des nächstgeborenen Kindes (47%), sowie über eine verbesserte Empathiefähigkeit (65%).

Tabelle 13: Belastungen - Hilfreiches zum Zeitpunkt T3 (6 Monate bis 3.5 - 6.5 Jahre nach dem Verlust) - Überblick über genannte Themen, Anzahl Antworten pro Thema und prozentualer Anteil von Vätern und Müttern zu den einzelnen Themen

<i><b>Kategorie</b></i>	<i><b>Inhalte/Themen</b></i>	<i><b>Anzahl Antw.</b></i>	<i><b>Anzahl Eltern</b></i>	<i><b>Verhältnis Antworten Mütter - Väter in %</b></i>
<b>Belastungen</b>	Gefühle	14	10	69:31
	Gedanken	13	8	67:33
	Ängste während nächster SS	12	10	73:27
	Zweifel an med. Behandlung	11	9	52:48
	Erinnerungen	9	6	88:12
	Total häufigste Antworten*	59		
	<b>Total aller Antworten</b>	<b>86</b>		<b>65:35</b>
<b>Hilfreiches</b>	Neubewertung	29	13	63:37
	Vertiefung Partnerschaft	14	14	62:38
	Integration	12	12	47:53
	Abstand zu belastenden Gefühlen	11	11	61:39
	Neue Freundschaften	9	8	53:47
	Nächstgeborene Kinder	9	9	42:58
	Empathie	8	8	35:65
	Vorhandensein eines Grabes	8	8	73:27
	Vertiefen von Spiritualität/ Glauben	7	7	54:46
	Total häufigste Antworten*	107		
	<b>Total aller Antworten</b>	<b>178</b>		<b>59:41</b>
	<b>Bilanz Belastungen – Hilfreiches in Prozenten</b>	<b>33:67</b>		

\* Im Sinne eines besseren Überblicks werden nur die Unterkategorien mit den häufigsten Antwortzahlen aufgeführt. Für einen Gesamtüberblick der Unterkategorien s. Anhang, Kapitel 2.2, Tabelle 28



### 6.3.2 Veränderung von Belastungen und Unterstützung über die Zeit

Zu den Zeitpunkten Vorfeld der Schwangerschaft sowie während der Schwangerschaft (T00 und T0) waren die Eltern insbesondere durch medizinische Probleme wie die Unfruchtbarkeit eines Partners, die damit verbundenen medizinisch notwendigen Massnahmen für das Zustandekommen einer Schwangerschaft, medizinischen Komplikationen während der Schwangerschaft sowie mangelnder ärztlicher Betreuung belastet. Ebenso berichteten einige Eltern über Probleme in der Partnerschaft oder über eine belastende Arbeitssituation, z.B. Ängsten, wegen der Schwangerschaft eine Kündigung zu erhalten. Als unterstützend erlebten die Eltern die Partnerschaft und Zuwendung durch Freunde und Familie. Für beide Zeitpunkte überwogen die Belastungen mit einem Median von 0.8, bzw. 0.9 gegenüber dem Unterstützenden mit einem Median von 0, resp. 0.3 (Abbildung 9).

Während des Spitalaufenthalts (T1) waren die Eltern am stärksten durch belastende Gefühle in Mitleidenschaft gezogen. Daneben ergaben sich jedoch auch Belastungen durch die Spitalsituation wie das Verhalten von professionellen Helfern oder das Setting im Spital. Ebenso erlebten die Eltern die dramatische Situation als solche (Gefährdung der Mutter sowie Abschiednehmen vom Kind) als Belastung. Nicht nur als belastend sondern im grösseren Masse als unterstützend erlebten die Eltern während des Klinikaufenthalts die professionellen Helfer. Daneben erwähnten sie auch Rituale als hilfreich. Ebenso waren die Beziehung zum Partner sowie die Hilfe von Freunden und der Familie sehr unterstützend für die Eltern. Trotz der äusserst schwierigen Situation überwog das Hilfreiche mit einem Median von 11 gegenüber dem Belastenden mit einem Median von 8.1. Während der ersten Zeit nach dem Verlust (T2) des Kindes gaben die Eltern wiederum schwierig aushaltbare Gefühle am häufigsten als belastend an. Ebenso fühlten sie sich durch das Verhalten von Freunden und Familie, professionellen Helfern sowie durch Spannungen in der Partnerschaft als sich beeinträchtigt. Auf der Seite des Unterstützenden erwähnten die Eltern ebenfalls die Partnerschaft, Freunde und Familie sowie professionelle

Helfer. Noch immer erlebten sie Rituale als hilfreich. Auch für diesen Zeitpunkt überwog das Hilfreiche mit einem Median von 9 gegenüber dem Belastenden mit einem Median von 7.4. Mehrere Monate bis Jahre nach dem Verlust des Kindes (T3) erwähnten die Eltern Gefühle und Gedanken am häufigsten als belastend. Ebenso waren sie geplagt von Ängsten während einer nächsten Schwangerschaft, Zweifel an der Richtigkeit der medizinischen Behandlung sowie Erinnerungen an die damalige Situation. Als entlastend waren für die Eltern die kognitive Neubewertung des Erlebten sowie die emotionale Integration des Kindes in ihr Leben. Die Vertiefung der Partnerschaft, neue Freundschaften, die entstanden waren, sowie die nächstgeborenen Kinder erwähnten die Eltern ebenfalls als positiv und bereichernd. Die Diskrepanz zwischen Belastendem und Entlastendem vergrößerte sich noch weiter ( $Md_B = 3.7$ ;  $Md_E = 10$ ).

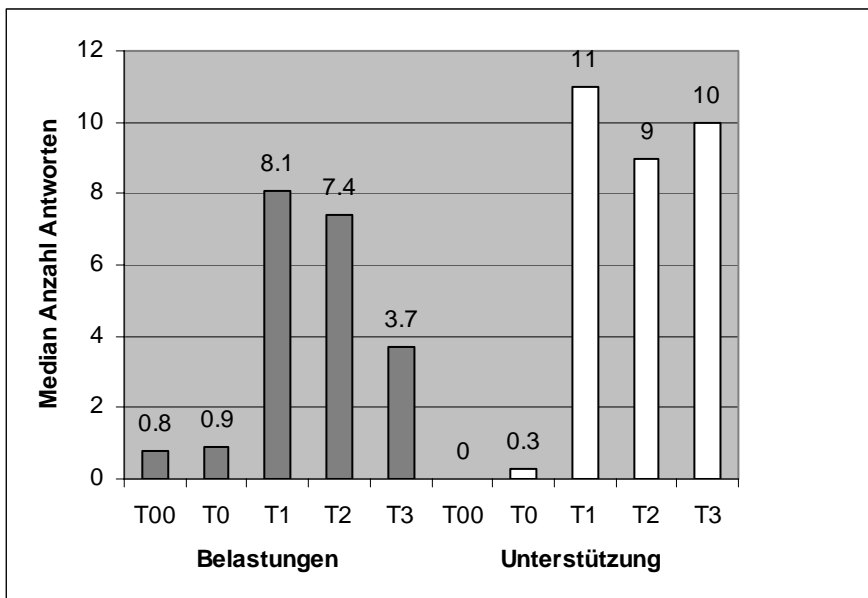


Abbildung 9 Median der Anzahl Antworten pro Person für die beiden Antwortkategorien Belastungen und Entlastungen für die fünf Zeitpunkte T00-T3

### 6.3.3. Zusammenfassung der Resultate

Sowohl im Vorfeld der Schwangerschaft als auch während der Schwangerschaft selbst sind einige Eltern erheblichen Belastungen ausgesetzt. Diese überwiegen in den Beschreibungen der Eltern gegenüber dem Hilfreichen (Tabellen 9 und 10). Fünf Eltern berichten über medizinische Probleme des einen Partners in Form von Infertilität; ebenfalls fünf Eltern haben vor dem Verlust des frühgeborenen Kindes schon eine andere frühzeitige Beendigung einer Schwangerschaft in Form eines Aborts oder einer anderen Frühgeburt erlebt. Drei Eltern erwähnten Probleme in der Partnerschaft und damit verbundene Gedanken an eine Trennung. Während der Schwangerschaft erlebten fünf Eltern schwierige Situationen bei der Arbeit mit Ängsten, dass die Mutter aufgrund der Schwangerschaft den Arbeitsplatz verlieren könnte. Vier Eltern waren medizinischen Komplikationen ausgesetzt und sechs Eltern berichteten über eine aus ihrer Sicht ungenügende ärztliche Behandlung.

Für die Zeit der Hospitalisation, die erste Zeit nach dem Verlust des Kindes sowie für spätere Zeitpunkte überwiegt das Unterstützende gegenüber dem Belastenden in der Beschreibung der Eltern (Abbildung 12). Dabei ist selbst in der Extremsituation rund um die Geburt und den Tod des Kindes aus dem Erzählen der Eltern mehr Hilfreiches als Belastendes zu entnehmen (Differenz der Mediane = 2.9). Am kleinsten ist diese Differenz zum Zeitpunkt 6 Monate nach dem Verlust (Differenz der Mediane = 1.6); am grössten ist sie mehrere Jahre nach dem Verlust (Differenz 6.3).

In der Zeit rund um die Geburt und den Tod des Kindes sind die Eltern Phase einerseits durch das Geschehen selbst aufs äusserste belastet (57% der Antworten) (Tabelle 11); sie sind einer Vielzahl von belastenden Gefühlen und auch Gedanken ausgesetzt und müssen sich innerlich von ihrem Kind verabschieden. Je nach dem besteht auch eine Gefährdung der Mutter. Ebenfalls belastend können die Gegebenheiten der Spitalumgebung sein (32% der Antworten): das Verhalten von professionellen Helfern, gewisse Umstände des Settings im Spital sowie die kaum zu vermeidende Konfrontation mit Müttern, deren neugeborenes Kind lebt, beeinträchtigt

die Eltern oft in erheblichem Masse. Als dritter Faktor können Folgeerscheinungen wie Konflikte in der Partnerschaft oder psychosomatische Reaktionen auf die traumatische Situation die betroffenen Eltern belasten (11% der Antworten). Diesen doch erheblichen Beeinträchtigungen stehen interessanterweise jedoch auch zahlreiche unterstützende Faktoren entgegen: An erster Stelle steht hier die Unterstützung durch die Betreuung im Spital (51% der Antworten): die Begleitung durch die Mitarbeiter der Klinik, die Möglichkeit von Ritualen, grösstenteils angeregt durch professionelle Helfer sowie das Setting im Spital wird von den Eltern als sehr hilfreich erlebt. Ebenso ist die Unterstützung durch das eigene soziale Netz von grosser Bedeutung (27% der Antworten): die Anwesenheit des Partners sowie die Unterstützung von Freunden und Familie ist für die betroffenen Eltern sehr wichtig. Als dritter Faktor sind die eigenen Ressourcen der betroffenen Eltern zu nennen wie positive Gefühle dem Kind gegenüber, Nähe sowie Entlastung durch die Möglichkeit für klare ethische Entscheidungen. Dieser Faktor macht 22% der Antworten aus.

Für den Zeitpunkt einige Monate nach dem Verlust ist das Verhältnis ausgewogener und die Unterstützung im Verhältnis zu den Belastungen weniger ausgeprägt (Tab 12). Noch immer ist die Situation und die sie begleitenden Umstände für die Eltern am meisten belastend (52% der Antworten): belastende Gefühle und Gedanken, Angst in Bezug auf eine nächste Schwangerschaft, die Konfrontation mit lebenden Kindern sowie die Wohnsituation, bzw. in Form eines leeren Kinderzimmers beeinträchtigen zu diesem Zeitpunkt die Eltern. Interessanterweise tritt in dieser Phase auch das soziale Netzwerk belastend in Erscheinung: inadäquates Verhalten von Freunden, Familie und von professionellen Helfern sowie Konflikte in der Partnerschaft machen immerhin 44% der Antworten aus. Die mögliche Folgeerscheinung auf das Erlebte in Form einer Glaubenskrise kann Eltern ebenfalls belasten (4% der Antworten). Den erwähnten Belastungen steht jedoch auch zu diesem Zeitpunkt Entlastendes gegenüber: Das soziale Umfeld in Form von Familie, Freunden, Partner, aber auch professionellen Helfern werden als sehr unterstützend erlebt (54% der Antworten). Gleichermassen sind in dieser Phase eigene Ressourcen von grosser Bedeutung (46% der Antworten): die Neubewertung der Situation, Rituale, der Besuch des Grabes, Ablenkung sowie die Möglichkeit, seine

Gefühle auszudrücken, werden in dieser Phase als hilfreich beschrieben. - Längere Zeit nach dem Verlust haben die Belastungen stark abgenommen und Hilfreiches/Entlastendes überwiegt bei weitem (Tabelle 13). Die betroffenen Eltern sind zu diesem Zeitpunkt noch ausschliesslich mit Belastungen, bzw. den Folgeerscheinungen des Verlustes des Kindes beschäftigt (100% der Antworten): belastenden Gefühle und Gedanken, Ängste in Bezug auf eine nächste Schwangerschaft, schmerzliche Erinnerungen sowie Zweifel an der Richtigkeit der medizinischen Behandlung beeinträchtigen die Eltern zu diesem Zeitpunkt. Auf der Seite des Hilfreichen sind nun verschiedene Bereiche aufzumachen: Einerseits haben die Eltern einen erfolgreichen Trauerprozess durchlaufen können, deren Auswirkungen sie als entlastend empfinden (49% der Antworten). Sie bewerten das tragische Ereignis nun auf andere positivere Weise, haben das verstorbene Kind emotional integriert und spüren eine innere Distanz zu den belastenden Emotionen. Gleichzeitig berichten sie über positive Folgeerscheinungen des tragischen Ereignisses im Sinne eines persönlichen Reifungsprozesses wie der Vertiefung der Partnerschaft, dem Entwickeln von Empathie für andere Menschen sowie einer Vertiefung von Spiritualität und Glauben (36% der Antworten). Ebenfalls ein wichtiger Faktor von Entlastung sind nächstgeborene Kinder (8% der Antworten) sowie das Vorhandensein eines Grabes (7% der Antworten).

Wie im Themenbereich 1 bestehen für die drei Zeitpunkte Hospitalisation, 6 Monate sowie mehrere Jahre nach dem Verlust keine Geschlechtsunterschiede zwischen Müttern und Vätern in Bezug auf das Verhältnis von Belastungen und Unterstützung. Zwar geben die Mütter wie im ersten Themenbereich insgesamt mehr Antworten als die Väter; das Verhältnis zwischen Antworten, welche sich auf Belastungen beziehen und Antworten, welche Hilfreiches erwähnen, ist jedoch zwischen Müttern und Vätern ausgewogen (Tabellen 11-13). Im Bezug auf die einzelnen Inhalte ist folgendes erwähnenswert: Während der Hospitalisation wird das Setting im Spital sowie Belastungen durch Schmerzen und andere belastende körperliche Symptome vermehrt von den Müttern geäussert. Ebenso sind die Mütter eher von negativen Gedanken belastet als die Väter. Hingegen berichten Väter im Vergleich zu den obigen Referenzzahlen häufiger über die Belastung durch die Gefährdung ihrer Partnerin sowie Sorgen um sie. Von

den Müttern werden die Partnerschaft sowie ethische Überlegungen häufiger als hilfreich erlebt. Für Väter hingegen sind Rituale, die Unterstützung durch Familie und Freude, die Nähe zum Kind sowie das Setting im Spital öfter hilfreich. - Zum Zeitpunkt 6 Monate nach dem Verlust des Kindes belastet die Partnerschaft mit Sorgen um die Partnerin oder Schuldgefühlen dieser gegenüber deutlich mehr Vätern. Ebenso berichten Väter häufiger über Komplikationen und Ängsten vor oder während einer nächsten Schwangerschaft. Demgegenüber sind Mütter stärker belastet durch die Konfrontation mit Müttern mit lebenden Kindern oder durch die Wohnsituation, wie z.B. das leere Kinderzimmer. Bei der Rubrik Hilfreiches werden Ablenkung, das Ausdrücken von Gefühlen sowie Solidaritätserlebnisse deutlich öfter von den Müttern genannt. - Mehrere Jahre nach dem Verlust berichten die Mütter häufiger über Komplikationen oder Ängste in einer nächsten Schwangerschaft sowie über belastende Erinnerungen. Bei den Antworten im Bereich Entlastung ist für die Mütter das Vorhandensein eines Grabes öfter hilfreich und wichtig als für die Väter. Die Väter hingegen berichten häufiger über eine emotionale Integration des Kindes, die Wichtigkeit des nächstgeborenen Kindes, sowie über eine verbesserte Empathiefähigkeit.

### **6.3.4 Belastungen und Unterstützung – Beispiele aus denen Interviews**

#### **6.3.3.1 Zeitpunkt T00: Vorfeld der Schwangerschaft und Schwangerschaft**

##### **A. Belastungen**

##### *Medizinische Probleme des einen Partners*

*Wir hatten zuerst noch verhütet, wir wollten zuerst nicht, wir wollten am Haus noch Diverses umbauen. Es ist immer klar gewesen, wir wollen einmal. Und dann haben wir aufgehört mit der Verhütung, es ist wieder nicht gegangen, bis man herausfand, dass ich Zystische Fibrose habe, d.h. keinen Samenleiter habe, das haben wir nicht gewusst bis dahin.*

Vater, 31 J.

*Da waren sehr viele Paare, es gab eine lange Warteliste, jetzt ist es besser, weil jetzt mehrere Zentren die Befruchtung machen, aber damals musste man lange warten, bis man dran kam und dann mit der Arbeitsstelle, bei einer Zahnarztpraxis kommt man nicht so schnell weg.*

Mutter, 30 J.

### ***Vorhergehende Schwangerschaft frühzeitig beendet***

*Ich habe nach den beiden gesunden Kindern, die auf die Welt gekommen sind, habe ich schon einmal zwei Fehlgeburten gehabt in der achten und in der zwölften Woche und vor allem die zweite war für mich relativ schlimm, weil ich habe das Kind im Ultraschall sterben gesehen, also es war ein ziemlicher, für mich eine dramatische Situation gewesen damals.*

Mutter, 38 J.

### ***Partnerschaftsprobleme***

*Weil am Anfang von diesem Jahr hatten wir uns einmal getrennt für vier Wochen. Also sie war damals ausgezogen und das wurde natürlich zu allem anderen damals noch schwierig.*

Vater, 25 J.

## **B. Hilfreiches/Unterstützung**

Praktische keine Nennungen

### **6.3.4.2 Zeitpunkt T0: Schwangerschaft**

#### **A. Belastungen**

#### ***Ungenügende ärztliche Behandlung***

*Wir haben dann ziemlich schnell bemerkt, dass etwas irgendwie nicht so war wie es hätte sein sollen. Aber mein Frauenarzt war ziemlich zurückhaltend, er ist jemand, der nichts schwatzt, und dann etwa bis etwa in der zwanzigsten Woche sagte er es mir dann wirklich einmal, was da los ist und ich wollte es einmal wissen und er sagte es dann. .. Er sagte aber dann, das könne noch kommen. Es kam aber nicht und eben, es war viel zu klein, das sah man dann auch.*

Mutter, 23J., Kind mit Triploidie, nicht überlebensfähig

### **Arbeitssituation**

*Ich bin schwanger geworden und habe eine Stelle gehabt, an der das gar nicht willkommen geheissen war, dass ich jetzt überhaupt schwanger bin, ich habe dann auch grossen Einsatz geleistet, gefühlsmässig, man hat ja dann das Gefühl, man muss jetzt gleich viel leisten, auch wenn man jetzt schwanger ist.*

Mutter, 29 J., 1. Schwangerschaft

### **Medizinische Komplikationen**

*Ich habe dann glaube ich schon früh einmal eine Blutung gehabt, das ist dann aber wieder gut gewesen, ich glaube so in der achten oder zehnten Woche.*

Mutter 29 J.

## **B. Hilfreiches/Unterstützung**

### **Partnerschaft**

*Mein Mann, er ist immer noch eine Stütze, er ist ein Teil von mir, mein Mann, wir sind ein Paar, ohne ihn, ohne seine Unterstützung hätte es nicht so stattgefunden, das, er war in jeder Situation bei mir, er war bei jeder Untersuchung dabei, sein Wunsch war genauso stark und ohne ihn hätte ich nie und ohne ihn .. Partnerschaft hätte man die ganzen Programme, finde ich, nicht machen können.*

Mutter, 30 J., Schwangerschaft durch in-vitro Befruchtung zustande gekommen

### **Familie und Freunde**

*Wir haben auch, also gute Unterstützung gehabt von seinen Eltern und von meinen Eltern auch, also, wirklich die Unterstützung wäre da gewesen. Also, wir hätten jetzt diese, ich denke, das hätten wir gut geschafft, jetzt mit diesen zwei.*

Mutter, 20 J. Verlust von Zwillingen

## **6.3.4.3 Zeitpunkt T1: Hospitalisation und kurz danach**

### **A. Belastungen**

#### **Gefühle**

*Es ist vor allem Ohnmacht, nichts machen zu können und zuschauen, keine Chance, irgendetwas zu beeinflussen.*

Vater, 34 J.



*Trauer, an und für sich, loszulassen, Träume loszulassen, Vorstellungen loszulassen, der Boden war weg, das war so, und einfach, der Schmerz, wie ist der beschreibbar, also, eine Leere, natürlich in doppelter Form, körperliche und psychische.*

Mutter, 29 J.

### **Professionelle Helfer**

*Und dann, ja sie haben uns eigentlich immer etwas im Ungewissen gelassen, war jetzt eigentlich los sei. Und dann irgendwann halt so gegen den Morgen haben sie dann gesagt, eben die Situation sei diejenige, ich müsse auf jeden Fall liegen, so lange wie möglich. Sie versuchen, die Fruchtblase zurückzuschieben und den Muttermund ganz zu schliessen. Also das wäre eine Möglichkeit, Die andere Möglichkeit wäre einfach liegen und nichts tun. Und hoffen einfach, dass die Wehen wieder zurückgehen. Sie gäben mir Wehenhemmer und ja. Und dann, mit diesen zwei Aussagen lag ich dann.*

Mutter, 27 J, Verlust von Drillingen

### **Setting im Spital**

*Dann sind wir dann in diesen Gebärsaal gebracht worden, dein ich einfach schrecklich finde, ich finde es ist wie in einer Metzgerei sieht es dort aus, mit diesen weissen Kacheln, und einfach so unpersönlich*

Mutter, 29 J.

*Und dann wollten Sie mich auf die Station verlegen und dann hiess es ich käme zu einer Frau ins Zimmer. Und dann habe ich gefunden, das geht nicht, das geht nicht. Jetzt ertrage ich einfach niemanden.*

Mutter, 38 J., selbst sehr gefährdet durch Geburt

### **Gefährdung der Mutter**

*Das war wirklich so ein hilflose Situation, in welcher ich nicht wusste, was passiert jetzt. Weil sie auch plötzlich hinuntergefahren war und nichts mehr wollte, oder nichts mehr konnte, sagen wir es so. Ich wusste eben auch nicht, was passiert jetzt, weil es ihr wirklich sehr schlecht ging an diesem Morgen und man musste mit allem rechnen.*

Vater, 25 J., Partnerin lebensgefährlich bedroht durch HELLP-Syndrom

*Mir ist ja dann wirklich erst im, bewusst geworden, dass es jetzt um mein Leben geht, um meinen Tod oder um mein Überleben, also mir der Dr. L. das so klar gesagt hat.*

Mutter, 38 J.

### **Abschiednehmen vom Kind**

*Dann rief man mich und sagte kommen Sie mal bitte, dann habe ich die Kinder bekommen in meine Arme und das ist ein schwieriger Teil in meinem Leben, also die Kinder sind wirklich in meinem Armen gestorben. Also sie haben noch geröchelt, das Herz schlug noch, das konnte ich hören, sie haben geröchelt nach Luft und dann noch, im Prinzip, kann man überhaupt nichts machen.*

Vater, 31 J.

### **Gedanken**

*Da denkt man auch eben, fragt sich wieso wir, also wieso, nach diesen schwierigen Zeiten, wieso hat man es jetzt nicht durchgebracht, also wieso ist es jetzt nicht, wieso sind wir noch bestraft worden?*

Vater, 44 J., Verlust von Zwillingen, nach künstlicher Befruchtung

### **Partnerschaft**

*Ich habe dann gesagt, ich mache das selber und dann habe ich ihn angerufen. Er hat sich dann sofort umgezogen und ist gekommen. Aber es war trotzdem zu spät. Ich hatte einfach Angst, dass sie nicht mehr leben könnte. Einfach, es war das, ich wollte einfach, dass er sie noch sehen könnte, solange sie noch lebte. Weil ja, es konnte ja niemand sagen wie lange oder wie es gehen würde.*

Mutter, 35 J.

*Ja, also der, ich glaube, der grösste Schmerz ist wirklich der gewesen, sie anzuschauen und zu sehen (Interviewerin: Sie leiden zu sehen, ja. Als sie wussten, was es ihr bedeutet auch). Ja, es war so eine Leere, ein Ausdruck in ihren Augen wie „ich habe mich aufgegeben“, irgendwie. Ja, ich denke mir, das ist zwar noch schwierig zu sagen, aber, doch da ist, das hat mich sehr stark, stark getroffen, sehr stark.*

Vater, 44 J., Verlust von Zwillingen nach künstlicher Befruchtung

### ***Körperliches Erleben***

*Und diese Nacht, die ist schrecklich gewesen, ich bin dort unten, ich glaube, das ist die Intensivstation gewesen, aber ich weiss es nicht mehr. Auf jeden Fall, hat man mir einen Herzkatheter legen müssen und man hat mir keine Narkose geben können. Und man hat einfach wirklich, einfach, ja, alles müssen machen quasi ohne Narkose. Und da ist so irrsinnig schmerzhaft gewesen. Und ich habe Durst gehabt, und ich durfte nicht viel trinken und ich habe erbrechen müssen und, also es ist einfach, es ist mir wirklich, es ist schrecklich gewesen. Wirklich ganz schrecklich gewesen.*

Mutter, 32 J, selbst gefährdet durch HELLP-Syndrom

*Ich habe noch einen Milcheinschuss gehabt nachher noch, trotz der Medikamente. Ja, das war nochmals ein rechter Hammer.*

Mutter, 27 J., Verlust von Drillingen

### ***Konfrontation mit lebenden Kindern***

*Ich hatte schon ein Einzelzimmer, aber es ist genau so gewesen, es war ein Einzelzimmer gewesen und das nächste war gerade das Stillzimmer gewesen und das Besucherzimmer, wo sie mit den Babys hineingehen konnten, nicht wahr. Ja, irgendwie ist da, es war eben nicht eine richtige Wand gewesen, sondern nur so eine Trennwand, die sehr wahrscheinlich einmal hingemacht worden war, und dann sah ich immer diese Babys und hörte sie und das hat mir einfach abgelöscht.*

Mutter, 20 J, Verlust von Zwillingen

### ***Psychosomatische Reaktionen***

*Ich habe auch enorme Mühe gehabt am Abend im Zimmer. Ich habe nicht geschlafen. Ich glaube, ja von daher hätte ich hier in Zürich gar kein Zimmer gebraucht, sie hätten mich in den Gang hinausstellen können, ja, es ist jetzt so, ich habe nicht geschlafen. Ich habe einfach manchmal so ganz oberflächlich gedöst, aber ich konnte nicht schlafen. Mutter, 38 J.*

## **B. Hilfreiches**

### ***Professionelle Helfer***

*Sie haben uns gefragt, ob wir die Kinder im Zimmer haben möchten, um Abschied zu nehmen. Dann haben sie es sehr, sehr schön, noch gebracht und dann finde ich, es war eine gute, also zuerst war es eine Art wie ein, ich war überrascht, dass man*

*uns das fragte, ich hatte mich ja, noch nicht mit dem auseinandergesetzt gehabt, war passiert mit Fehlgeburten. Und ich war überrascht, dass man uns das offeriert, uns quasi die beiden toten Kinder ins Zimmer zu geben.*

Vater, 44 J., Verlust von Zwillingen

*Und es ist auch, ich muss auch sagen, auch die Leute selber im Spital, die ich nicht kannte, sind sehr, sehr einfühlsam und nett gewesen, die meisten, also es gibt immer ein paar Ausnahmen. Die meisten, also sind sehr behutsam gewesen.*

Mutter, 32 J.

### **Rituale**

*Dieses Abschiednehmen ist auch sehr wichtig gewesen, also ich finde auch diese Möglichkeit, die sei einem gegeben haben von einer Taufe, dieses Kind zu fotografieren, dieses Kind in den Armen zu haben, das ist wahnsinnig wichtig.*

Mutter, 32 J.

*Mein Mann war da und hat ihn mir so gezeigt, den T., und er hat wirklich da noch gelebt, nicht wahr. Und er hat ihn eben taufen können (Ehemann ist von Beruf Pfleger, daher legitimiert für eine Nottaufer, Anm. der Autorin), das habe ich total schön gefunden, dass das möglich war.*

Mutter, 38 J.

### **Partner**

*Auch während der Geburt, er ist einfach, er hat mich einfach gehalten und war da und auch nachher mit diesem Kind, ich hatte das Gefühl, er hat dasselbe erlebt, auch ein Stück Freude.*

Mutter, 29 J.

*Also die Partnerschaft ist damals extrem wichtig gewesen, also das ist irgendwie auch eine Stütze gewesen.*

Mutter, 32 J.

### **Freunde/Familie**

*Bei den Kollegen hat sich halt herausgefiltert, wer halt wirklich Kollegen, nur Kollegen sind, oder solche, die sich vielleicht nicht schon mit dem Thema auseinandergesetzt haben, aber die auch auf einen zugekommen sind und gesagt haben“ sag uns, was wir tun sollen, wir sind hilflos“. Und die sind mir dann schon sehr nahe gewesen.*

Vater, 24 J.

*Dann kam sofort mein Bruder mit seiner Frau, meine Schwiegermutter, sie sind, das hat mir geholfen, mein Bruder blieb vier Tage und die Schwiegermutter bis zur Beerdigung.*

Mutter, 30 J., Familie lebt im Ausland

### ***Nähe zum Kind/Freude am Kind***

*Irgendwo auch als Glück, das man es gleich noch kann bei uns haben, das wir es noch kurz da haben. Das habe ich eigentlich als Glück empfunden.*

Vater, 31 J.

*Wir waren erstaunt, wie fertig sie schon waren, mit Fingernägeln und allem und wie schön, also das Gesicht hat alles, die Züge hatten sie schon.*

Vater, 44 J.

### ***Ethische Überlegungen***

*Und von daher bin ich froh, dass es so, musste ich nicht sagen, jetzt stellen wir die Beatmungsmaschine ab, denn damit hätte ich viel mehr Mühe gehabt. So ist es wirklich – er hat es dann so schön gesagt, ich weiss nicht mehr wie er hiess, aber er hat es so schön gesagt, ja, sie hat sich selbst entschieden. Das hat mir dann auch noch im Trauerprozess sehr geholfen. Einfach zu wissen, wir haben auch nicht von uns auch irgendeinen Krampf gemacht oder ihr auch noch etwas zugemutet, was noch ein Stück weit gegen die Natur ist.*

Mutter, 23 J., Kind mit Triploidie

### ***Setting im Spital***

*Ja, und dann bin ich so auf den Nachmittag, haben sie mich dann wieder in die Abteilung hinaus verlegt, aber diesmal haben sie mich gerade in den obersten Stock, der Professor sagt, in das schönste Zimmer hineingetan, einfach allein.*

Mutter, 27 J., Verlust von Drillingen

### ***Gefühle***

*Er hat ganz friedlich ausgesehen, als er nachher tot war, so eine Zufriedenheit im Gesicht.*

Mutter, 38 J.

#### **6.3.4.4 Zeitpunkt T2: 6 Monate nach dem Verlust**

##### **A. Belastungen**

###### **Gefühle**

*Es ist wirklich der totale, wirklich eine ganz, ganz tiefe Trauer gewesen.*

Mutter, 32 J.

*Wenn ich allein war in dieser Zeit, also nach der Beerdigung, dann war ich wahnsinnig traurig, irgendwie so leer, traurig, Schuldgefühle.*

Mutter, 38 J.

*Das war einfach so die Wut, die dabei war, dass mir so etwas passieren muss und die, die gar nicht möchten werden schwanger und das ist das Leben.*

Mutter, 30 J.

###### **Freunde und Familie**

*Wenn ich jeweils mit den anderen gesprochen habe, dann ist irgendwie so ein, ja, so ein Kommentar gekommen: ja, aber es ist ja besser, dass sie dann gestorben sind. Oder, einfach so und, einfach so Kommentar, klar ist es, ja, für sie ist es jetzt sicher besser, dass sie gehen konnte, weil sie hat, aber das will man im Moment nicht hören.*

Mutter, 20 J, Verlust von Zwillingen

###### **Partner**

*Schwierig, vielleicht schwierig für mich wurde es erst dann, in dieser Zeit, sie brauchte natürlich länger, ich denke, das ist auch ganz normal, länger getrauert als ich, hat länger gehabt, also bei ihr ist es länger auch immer wieder hochgekommen, regelmässig, das war vielleicht für mich noch ein Problem, oder schwierig, sie zu trösten, obwohl es mir auch noch sehr nahe gegangen ist.*

Vater, 31 J.

*Im Ganzen sehe natürlich schon ich mich als der, ich war ja da schwach, ich habe mich als das schwache Glied empfunden. Weil mein Körper spielte nicht mit und ich ging immer davon aus und ich denke mir auch heute noch, abgesehen jetzt vom einen Eileiter, wo sie Probleme hatte, aber sie hätte leichter und mit weniger Schmerz schwanger werden können, wenn ich diese Operation nicht gehabt hätte.*

Vater, 44 J., unfruchtbar aufgrund von Hodenkrebs in jüngeren Jahren

### **Professionelle Helfer**

*Ja und der Pfarrer kam das vorher noch bereden. Das war ein bisschen ein spezieller. Also der ist jetzt nicht mehr. Ich bin auch froh, das er nicht mehr ist. Nein, er hat dann genau so die Sachen herausgelassen, die ich halt nicht hören wollte. So quasi, dort wo sie jetzt seinen, hätten sie es viel besser und das sei jetzt Gottes Willen und blabla. Dann war dann das Thema Kirche für mich gleich auch beendet.*

Mutter, 27 J., Verlust von Drillingen

*Ich bin in G. auf die Gemeinde gegangen und habe gesagt ich müsse eine Beerdigung haben zwischen Weihnacht und Silvester, es müsse jemand kommen um das Grab auszuheben, ich konnte es ja nicht gut selber schaufeln. Dann sagte der, Entschuldigung Volltrottel von einem Gemeindebeamten, ja, solche Babys, die kremiert man schnell und legt sie schnell einem anderen Grab bei.*

Vater, 31 J., Verlust von Zwillingen

### **Gedanken**

*Und dann auch in Bezug auf N., als wir dann gesagt haben, gut, gut, wir nehmen sie jetzt weg von der Maschine. Das ist sicher eine Zeit gewesen, wo wir (Interviewerin: Wo Sie gezweifelt haben?). Ja, genau, auch des öfteren darüber nachgedacht haben, haben wir wirklich das Richtige gemacht, haben wir das überhaupt machen dürfen, hätten wir nicht dem Kind eine Chance geben sollen zum selber noch weiterkämpfen.*

Vater, 24 J.

### **Angst vor/während nächster Schwangerschaft**

*Wir sind gerade noch mal ein zweites Mal durch die Hölle gegangen. Und zwar ist zu einem späteren Zeitpunkt, etwa vier Wochen später, also meine Frau war damals in der dreissigsten, einunddreissigsten Schwangerschaftswoche, da hiess es wieder, „ihr Kind wächst nicht mehr“. Und wir haben gedacht, nein das kann nicht wahr sein. Nein nicht noch mal.*

Vater, 34 J.

### **Konfrontation mit Frauen mit lebenden Kindern oder in Schwangerschaft**

*Zum Beispiel Eifersucht. Das war noch sehr stark da. Weil ich hatte das Gefühl, ich sähe nur noch Kinderwägen. Und sowieso nur noch Zwillinge, und eben ein-*

*fach nur noch schwangere Frauen. Oder eben gerade wirklich solche mit Kleinen, da ist die Eifersucht also schon noch. Ja eben, weil man einfach auch dachte, aber ich sollte ja auch zu Hause sein.*

Mutter, 20 J., Verlust von Zwillingen

### **Wohnsituation**

*Man hat sich natürlich auch dann Gedanken gemacht, ja, jetzt wären sie sechs Monate alt und unsere Wohnung steht leer und das Kinderzimmer steht leer und man ist schon wieder im Alltagstrott gewesen, aber man hat trotzdem jeden Tag eigentlich den Gedanken gehabt ich komme jetzt nach Hause und es ist leer. Also gut leer, meine Frau und ich damals. Das war für mich schon das Thema gewesen, womit ich mich am meisten beschäftigt habe.* Vater, 24 J. Verlust von Zwillingen

### **Glaube**

*Und Wut auf Gott, ja, das war schon immer noch da. Aber man hat nicht mehr so, also einfach eben auf diese Frage „warum ich?“.*

Mutter, 20 J., Verlust von Zwillingen

## **B. Hilfreiches**

### **Freunde und Familie, Arbeitgeber**

*Und eine Freundin von mir hat uns dann auch eine Woche später einfach immer wieder so, jetzt kommt ihr zu uns runter, jetzt unternehmen wir etwas und nicht gefragt, sondern einfach bestimmt und ich denke, das war sehr wichtig.*

Mutter, 29 J.

*Aber natürlich kamen dann Telefonanrufe und das war auch schön zu sehen, dass die Leute für einen da sind. Es haben praktisch alle gesagt, wenn etwas ist, komme nur, man merkte dann schon, welche Leute sind wirklich für einen da, wenn man sie nötig hat. Das war eigentlich schon noch schön.*

Vater, 25 J.

### **Rituale**

*Wir sind einfach, wir gingen immer hin mit Lichtlein, wir habe immer Kerzchen gebracht jeden Tag, und ja in dieser Hinsicht sind sie halt schon auch noch immer sehr nahe gewesen, also ich habe das auch gebraucht.*

Mutter, 20 J., Verlust von Zwillingen



*Wir haben auch kurz nach der Geburt für sie einen Stern reserviert. Man kann ja unter „Sterne Punkt ch“ kann einen benennen. Und dann haben wir uns einen Stern angeschafft, welche E. heisst.*

Vater, 25 J.

### **Partnerschaft**

*Die Beziehung mit meiner Frau ist auch sehr nahe gewesen im Sinne von ja halt das gemeinsam verarbeiten, längerfristig und neue gemeinsame Ziele, es kam dann schon bald einmal die Zeit, in der wir entschieden haben zu heiraten und dann geht das los. Vater, 31 J.*

*Einfach, dass es uns auch in der Ehe mehr zusammengeschweisst hat und das Verständnis vielleicht auch gewachsen ist, dass man eben verschieden ist, dass man nicht gleich trauern muss. Mutter, 27 J.*

### **Professionelle Helfer**

*Die Ärzte haben uns das auch gut erklären können und dann, irgendwie haben sie mir dann auch einfach irgendwie, ja diese Vorwürfe weggenommen.*

Mutter, 20 J.

### **Neubewertung**

*Jemand hat zu mir gesagt, vielleicht hast du diesem Kind noch Nähe und Liebe geben müssen, bevor es ganz gehen konnte, diese Seele und da fand ich das ist schön, das nehme ich, also das ist jetzt eine Vorstellung, weil ich ja auch genauso empfunden habe.*

Mutter, 29 J.

*Wir sind gesund und führen ein gutes Leben und sind sehr privilegiert also, dann können wir, also dann haben wir nicht das Recht oder die Anmassung hinzustehen und zu sagen „wieso uns?“.*

Vater, 34 J.

### **Grab**

*Ja, das war mir wichtig, dieser Platz, obwohl ich ja wusste, wo sie eigentlich ist. Aber es war wie noch ein Ort gewesen, wo ich sie auch gesehen habe.*

Mutter, 27 J.

### **Ablenkung**

*Und dann mit der Zeit habe ich wieder angefangen und bin wieder weggegangen oder haben ich ein wenig abgelenkt oder eben, wir haben dann, wir sind gerade nachher, haben wir eine Reise gemacht in die Karibik.*

Mutter, 32J.

*Und dann dachte ich, dann gehe ich lieber arbeiten, vielleicht ist es so besser, ich mache etwas, als dass ich daheim rumstudiere.*

Mutter, 25 J.

### **Ausdruck**

*Ich habe es allen erzählt, die es wissen wollten, und es hat mir wirklich, das hat mir sehr gut getan.*

Mutter, 29 J.

*Als ich dann auch merkte, als ich die Tränen, die ich da weinte, dass ich in mir merkte, also ich hatte wirklich einen rechten Klumpen gehabt, als er es mir sagte. Diese hat sich dann später wieder gelöst, also ich hatte mich dann nachher viel besser gefühlt.*

Vater, 24 J.

### **Solidarität**

*Es gibt so eine Internetseite von den Engelskindern, das hat mir auch immer gut getan, wenn ich dort drauf bin.*

Mutter, 20 J.

## **6.3.4.5 Zeitpunkt T3: Zeit nach 6 Monaten bis Zeitpunkt Interview**

### **A. Belastungen**

#### **Gefühle**

*Nein, es kommt, wenn ich es an mich herankommen lasse, dann, dann kann das wieder kommen. Also nicht mehr, nicht mehr so intensiv. Die Zeit heilt Wunden, das ist glaube ich wirklich etwas, dass stimmt. Es ist noch Schmerz, aber es ist nicht mehr dass, dass ich ihn so spüren würde wie damals. ... Es ist einfach noch, eben ein, schon noch so stark, dass mir die Tränen kommen, also schon.*

Vater, 44 J., Verlust von Zwillingen

*Also der richtig grosse Klumpen kommt schon, wenn ich zurückdenke, also. Aber ich kann auch losheulen, eben wenn ich etwas von Drillingen sehe oder höre.*

Mutter, 27 J., Verlust von Drillingen

*Es ist einfach immer noch Trauer, um den Knaben, also um das Kind. Die Trauer, dass er jetzt einfach nicht dabei ist, nicht dasein kann.*

Vater, 31 J., Verlust des 1. Kindes

### **Gedanken**

*Das stört mich heute noch, wir hätten sofort in den Spital gehen sollen. Ich habe ihr fünf, sechs Mal gesagt, wir gehen jetzt in den Spital, wenn etwas passiert. Nein, nicht Spital, nicht Spital, es war halt vielleicht eine gewisse Blockade, nach um ein oder zwei Uhr in den Spital zu gehen oder irgendetwas, obwohl es fünf-hundert Meter von uns ist oder ein Kilometer.*

Vater, 31 J., Verlust von Zwillingen

*Man fragt sich immer warum, also vor allen bei mir, weil, es ist also wieder so gegangen, nicht wahr. Es ist wieder also zweimal so, es ist, also fast gleich passiert, nicht wahr. Da fragst du dich immer wieder, warum.*

Mutter, 38 J., zweimal Kind durch Frühgeburt verloren

### **Spätere Schwangerschaft**

*Es ist sehr schön gewesen, aber auch eine problematische Schwangerschaft psychologisch gesehen, weil man macht sich einfach jeden Tag Gedanken, wenn es einmal einen Tag nicht schlägt, dann denkt man was ist jetzt und kommt alles gut. Aber also diese Schwangerschaft ist sehr unproblematisch gewesen, also ist alles eigentlich perfekt verlaufen.*

Vater, 24 J., Verlust von Zwillingen

### **Professionelle Helfer – Zweifel an medizinischer Behandlung**

*Und er hat gewusst, dass das eine Risikoschwangerschaft ist. Und er hat auch gewusst, wie sehr ich gekämpft habe und was ich alles durchgemacht habe und in der heutigen Zeit, also nur wegen, Infektion, das so etwas passiert. Ich glaube, das darf nicht passieren. Alles war die Medizin in der heutigen Zeit machen kann und jetzt habe ich einfach kein Vertrauen mehr in ihn und habe gewechselt.*

Mutter, 30 J., Verlust von Zwillingen nach künstlicher Befruchtung

### **Erinnerungen**

*Wenn ich irgendetwas vom Unispital höre. Oder auch wenn ich, wenn ich jeweils mit dem Auto vorbeifahre und hochschaue und, ja, dann rumpelt es jeweils schon wieder im Bauch.*

Mutter, 27 J., Verlust von Drillingen

*Also es schüttelt mich nach wie vor, wenn ich Sachen höre von Schwangerschaften, die nicht gut gehen, tut mich das sehr berühren.*

Mutter, 20 J., Verlust von Zwillingen

### **B. Hilfreiches**

#### **Neubewertung**

*Also dort, ich glaube, es passiert ja noch oft, wenn einem so Schicksalsschläge widerfahren, dass man dann sagt, oh wieso ausgerechnet ich? Aber das ist für uns nicht zur Debatte gestanden, weil wir sagten, hey, wir leben so privilegiert und uns geht es eigentlich so gut, da können wir nicht hinstehen und sagen, wieso ausgerechnet uns. Ich meine da, es hat immer irgendeiner sein Kreuz zu tragen und jetzt ist das halt offensichtlich unser Kreuz.*

Vater, 34 J.

*Für uns ist klar, wo sie ist, und auch, dass wir sie nach dem Tode wiedersehen werden. Und von daher ist es für uns klar, wo sie jetzt ist, und eben, dass ich sie wiedersehen werde.*

Mutter, 27 J.

*Ja, sie ist immer noch unser Engelchen. Also es ist schon so. Sie wacht jetzt natürlich immer noch über uns und auch über das kommende Kind.*

Vater, 25 J., Ehefrau wieder schwanger

#### **Vertiefung der Partnerschaft**

*Ja, positiv, ja, schlussendlich ist es auch positiv, die Beziehung zur Partnerin wird sicher dadurch natürlich, ja irgendwie anders auch, wenn man so etwas miteinander erlebt hat, es wird tiefer oder intensiver, wir haben ja auch miteinander darüber hinwegkommen müssen, trauern und so, dass ist sicher etwas, das verbindet.*

Vater, 31 J.

### **Integration**

*Also, es ist jetzt einfach Teil von meinem Leben, es ist etwas, das man nie wird vergessen und wo man schon gar nicht, irgendwie, wo einfach immer wird dazu gehören.*

Mutter, 32 J.

### **Abstand zu belastenden Gefühlen**

*Die Trauer, der Schmerz, all diese Gefühle, die gehen natürlich mit der Zeit auch verloren. Gott sei Dank. Ich meine, stellen Sie sich vor, wir könnten nicht vergessen. Gott sei Dank können wir Menschen vergessen. Also, ich sage, was ich vergesse, ist eben vielleicht die Trauer und den Schmerz, aber den V. werde ich deswegen nicht vergessen.*

Vater, 34 J.

*Ich habe eine Narbe an meinem Körper. Jedes Mal, wenn ich meinen Körper anschau, erinnert es mich daran, aber nicht mehr mit diesem Schmerz, da würde ich lügen, wenn ich sagen würde, dass es jetzt mein Herz zerreißt.*

Mutter, 30 J.

### **Freundschaften**

*Und die Auswirkungen spüren wir, also ja, klingt zwar blöd, ist bis heute noch, wir haben in unserem Kollegenkreis einige, welche kein Kind haben können, und irgendwo, oder auch einen Abort gehabt haben, und irgendwie ist die Beziehung schon ganz anders, weil sie wissen, dass wir auch Schweres durchgemacht haben, spricht man ganz anders, also vielleicht auch tiefer. Nicht nur so oberflächlich, wie geht es, ja, ja, gut. Sondern die Beziehungen sind tiefer geworden.*

Mutter, 27 J.

### **Nächstgeborene Kinder**

*Aus diesem Grund hat sich das automatisch ergeben, dass sie, in dem Moment, also sie natürlich da war, eigentlich uns mehr oder weniger vereinnahmt hat und wir dann nicht mehr zurückgeschaut haben und gesagt haben, „oh wie traurig oder wie schlimm, dass wir unseren Sohn verloren haben“, sondern wir haben uns in erster Linie gefreut, dass wir eine gesunde Tochter haben.*

Vater, 34 J.

*Ich weiss nicht, es ist riesengross. Ich kann mir vorstellen, dass andere Eltern dieses Glücksgefühl auch so intensiv haben. Wir haben einfach eine Art, grob gesagt einen Leidensweg vor uns gehabt und da kann es vielleicht schon noch, im Innersten durch diese Dankbarkeit, ist sicher zum Maximum, ja, das sind gesunde, gesunde Kinder und zwei noch, ja.*

Vater, 44 J., Verlust von Zwillingen, nachher Geburt von weiteren Zwillingen

### ***Empathiefähigkeit***

*Es ist auch interessant, wenn wir heute einen Todesfall, dann können wir heute komplett anders damit umgehen, wir können auf diese Leute zugehen, man kann mit ihnen reden und es ist eigentlich eine extrem gute Ausgangslage, die wir hier mitbekommen haben und man lernt diese Leute auf eine ganz andere Art und Weise kennen und man sieht, was ihnen hilft.*

Vater, 34 J.

### ***Grab***

*Ja und irgendwie wenn ich sie besuchen gehe, fühle ich mich besser. (Interviewerin: Wenn Sie auf den Friedhof gehen, fühlen sie sich besser?) Ja. Also ich bin schon traurig aber irgendwie, ich fühl mich einfach besser, weil ich weiss, wo sie ist und ich weiss, ich kann sie besuchen und also es wäre schrecklich für mich, wenn ich zum Beispiel nicht wüsste, wo sie gelandet ist und was passiert ist.*

Mutter, 38 J.

### ***Spiritualität, Glaube***

*Ja, das Vertrauen, das Vertrauen darauf, dass eben alles einen Sinn macht und weil eben alles einen Sinn macht, ob es jetzt, wie immer das jeder bezeichnen will, aber einfach der Glaube, dass eine höhere Macht da ist, die dem Ganzen einen Sinn gibt, der ich glaube ist wichtig, dieser Aspekt.*

Vater, 34 J

## 6.4 Themenbereich 3: Persönliche Reifung

Im Folgenden werden die Antworten der Eltern zum Thema Persönliche Reifung dargestellt. Dabei werden in einem *ersten Unterkapitel* die einzelnen Inhalte und deren Zuordnung zu den gebildeten Antwortkategorien genauer erläutert. In einem *zweiten Unterkapitel* wird auf die vorhandenen Geschlechtsunterschiede eingegangen. Im *dritten und letzten Unterkapitel* werden die einzelnen Inhalte anhand von Beispielen aus den Interviews veranschaulicht.

### 6.4.1 Inhalte und deren Gewichtung

Wie aus Tabelle 14 und Abbildung 10 ersichtlich, entfiel ein Grossteil der von den Eltern auf die Frage nach möglichen positiven Aspekten gegebenen Antworten auf die beiden Aspekte „Soziales/Beziehungen“ sowie „Persönliche Werte“: Von insgesamt 82 Antworten entfielen 31 auf die Rubrik „Soziales/Beziehungen“ (38%) und 30 Antworten auf die Kategorie „Persönliche Werte“ (37%). 12 Antworten (15%) konnten dem Bereich „Selbst-Bewusstheit/Selbsterleben“ und 9 Antworten (11%) dem Bereich „Spiritualität“ zugeordnet werden.

#### A. Soziales/Beziehungen:

Die Kategorie Beziehungen/Soziales war wie erwähnt mit knapp 40% der Antworten der von den Eltern am häufigsten genannte Bereich der Persönlichen Reifung. Wie es scheint, erlebten die Eltern durch den Verlust ihres frühgeborenen Kindes am häufigsten positive Aspekte, die ihr Soziales Netzwerk oder ihre Einstellung zu Beziehungsaspekten betrafen.

14 von 19 Eltern nannten hier den Bereich der Partnerschaft. Sie hatten den Eindruck, die Paarbeziehung habe sich durch den gemeinsam erlebten Verlust des frühgeborenen Kindes und durch das gemeinsame Durchstehen dieser Belastung vertieft und intensiviert und sie seien mit dem Partner näher zusammengewachsen. Ebenso wurde von denjenigen Eltern, deren Paarbeziehung sich zu Beginn der Schwangerschaft in einer Krise befunden hatte, praktisch ausnahmslos berichtet, das tragische Erlebnis habe sie wieder zusammengebracht und ihre Beziehung auf einen soliden

Boden gestellt. Knapp ein Viertel, nämlich 7 Antworten, entfiel auf das Thema Freundschaften. Die betroffenen Eltern berichteten auf die Frage nach positiven Aspekten, sie hätten eine Vertiefung und oder eine Differenzierung von bestehenden Freundschaften erfahren. Diese hätten sich intensiviert und sie fühlten sich durch die erfahrene Unterstützung und das Verständnis von ihren Freunden mit diesen näher verbunden. Ebenso habe sich in dieser Zeit gezeigt, welche Menschen wirklich Freunde seien und welche sich als weniger nahe stehend erwiesen. Einige Eltern berichteten auch über neue Freundschaften, die entstanden waren, z.B. durch Kennenlernen von Menschen, die ein gleiches Schicksal erlitten hatten. Sechs von 19 Eltern erklärten, dass ihnen durch den tragischen Verlust ihres Kindes bewusst geworden sei, wie wenig selbstverständlich die Geburt eines gesunden Kindes sei und dass sie ihre gesunden Kinder und Kinder ganz allgemein nun viel mehr wertschätzen würden. Für zwei Eltern war das Erleben des Zusammenhalts in der eigenen Familie in dieser schwierigen Situation bereichernd, ebenfalls zwei Eltern erwähnten positiv, sie würden nach der Erfahrung, in der Klinik gut unterstützt und versorgt worden zu sein, unsere medizinische Versorgung mehr wertschätzen.

## **B. Persönliche Werte**

Mit ebenfalls knapp 40% der Antworten war auch der Bereich der persönlichen Werte in Bezug auf einen Reifungsprozess der Eltern sehr bedeutsam. Durch den Verlust ihres Kindes erfuhren die Eltern eine für sie positiv erlebte Veränderung ihrer Lebenseinstellung und ihrer Wertvorstellungen und damit verbunden eine Anpassung ihrer konkreten Lebensgestaltung an diese neuen Werte.

8 der 30 erfolgten Antworten betrafen den Aspekt von Empathie gegenüber anderen Menschen. Die Eltern berichteten, sich besser in andere Menschen in schwierigen Lebenslagen einfühlen und anders auf diese zugehen zu können als vor dem tragischen Schicksalsschlag. Für 7 von 19 Eltern hatten sich die Prioritäten in ihrem Leben verändert. Sie stellten sich die Frage, was ihnen wichtig sei im Leben und äusserten den Wunsch, das Leben bewusster nach den eigenen Wertvorstellungen zu leben. Konkret wurde beispielsweise das Bewusstsein geäußert, dass die Familie und die engsten Angehörigen Priorität hätten oder dass ein beruflicher Wechsel



anstehen würde. Ebenfalls 7 von 19 Eltern erlebten eine ganz neue Wertschätzung des Lebens und erzählten, dass sie dieses weniger als selbstverständlich nehmen würden, sondern mehr Dankbarkeit dafür empfinden. Vier Eltern erwähnten, das Leben gelassener zu nehmen, sich weniger über kleine Schwierigkeiten aufzuhalten, sondern die Dinge mehr so zu nehmen, wie sie auf sie zukommen würden. 3 Eltern erlebten eine Veränderung in ihrer Einstellung anderen gegenüber im Sinne einer grösseren Toleranz für andere Menschen, weniger Kritik und Erwartungshaltung. Eine Mutter berichtete über einen grösseren Respekt gegenüber der Individualität jedes einzelnen Menschen, nachdem sie erlebt hatte, wie verschieden die einzelnen Familienmitglieder mit dem Verlust des Kindes umgegangen waren.

### **C. Selbst-Bewusstheit/Selbsterleben**

Knapp 15% der Antworten der Eltern betrafen den Aspekt eines veränderten Bewusstseins der eigenen Person, bzw. eines veränderten Selbsterlebens. Die Eltern erlebten durch den Verlust ihres frühgeborenen Kindes neue, ihnen bislang ungekannte Seiten von sich selbst und gingen auf eine andere Art mit sich selbst und ihren Grenzen um. Diese Antwortkategorie wurde deshalb als „Selbst-Bewusstheit/Selbsterleben“ bezeichnet. 5 von 19 Eltern berichteten, ein besseres Bewusstsein für ihre eigenen Bedürfnisse entwickelt zu haben, behutsamer mit sich selber umzugehen und weniger den Erwartungen von aussen entsprechen zu wollen. Vier Eltern erfuhren durch den erlebten Schicksalsschlag und dessen Bewältigung auf positive Weise ihre eigene Kraft und Stärke. Drei Mütter erwähnten ein Gefühl von Dankbarkeit, eine Schwangerschaft erlebt zu haben und sich durch die erlebten Muttergefühle in ihrem Selbsterleben als Frau bestärkt zu fühlen. Eine Mutter berichtete, dass durch den Verlust ihres Kindes, bzw. die wegfallende Aufgabe als Mutter für sie beruflich neue Wege aufgegangen seien, was sie im Nachhinein als Chance und Bereicherung erlebte.

### **D. Spiritualität/Tod**

Nur gerade gut 10%, nämlich 9 von 82 Antworten bezogen sich auf den Aspekt einer Veränderung der Spiritualität, bzw. des Glaubens. Sechs Eltern gaben an, sich durch den Verlust ihres Kindes erstmals vertieft mit

dem Thema Tod und Leiden beschäftigt zu haben und diese Auseinandersetzung als positiv zu werten. Zwei Eltern berichteten, dass sich ihr spirituelles Erleben im Sinne eines Erkennens, bzw. Ahnens von verborgenen Zusammenhängen verändert habe. Ein Elternteil erwähnte eine Stärkung seines Glaubens durch den erlebten Schicksalsschlag.

Tabelle 14: Persönliche Reifung - Überblick über genannte Themen: Anzahl Antworten pro Thema und prozentualer Anteil von Vätern und Müttern zu den einzelnen Themen

<b>Antwortkategorien</b>	<b>Inhalte/Themen</b>	<b>Anzahl Antworten</b>	<b>Anzahl Eltern</b>	<b>Verhältnis Antw. Mütter - Väter in %</b>
<b>Soziales/ Beziehungen</b>	Partnerschaft	14	14	55:45
	Freundschaften	7	7	69:31
	Wertschätzung von Kindern	6	6	82:18
	Familie	2	2	47:53
	Professionelle Unterstützung	2	2	47:53
	<b>Total aller Antworten</b>	<b>31</b>		<b>62:38</b>
<b>Persönliche Werte</b>	Empathie	8	8	35:65
	Prioritäten	7	7	55:45
	Wertschätzung des Lebens	7	7	55:45
	Gelassenheit	4	4	23:77
	Toleranz in Beziehungen	3	3	64:36
	Achtung vor Individualität	1	1	100:0
	<b>Total aller Antworten</b>	<b>30</b>		<b>47:53</b>
<b>Selbst-Bewusstheit/Selbsterleben</b>	Bedürfnisse	5	5	80:20
	Eigene Kraft	4	4	23:77
	Muttergefühle durch SS	2	2	100:0
	Chance	1	1	100:0
	<b>Total aller Antworten</b>	<b>12</b>		<b>64:36</b>
<b>Spiritualität</b>	Glauben	6	6	31:69
	Spiritualität	2	2	100:0
	Auseinandersetzung mit dem Tod	1	1	100:0
	<b>Total aller Antworten</b>	<b>9</b>		<b>31:69</b>
	<b>Antworten insgesamt</b>	<b>82</b>		<b>53:47</b>

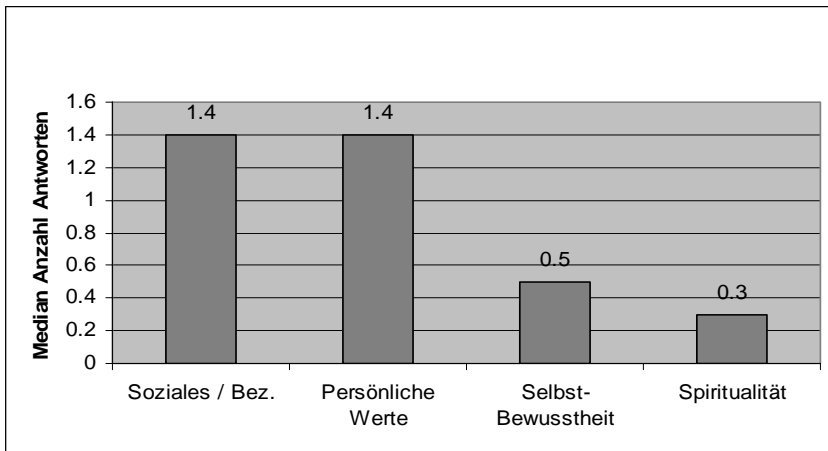
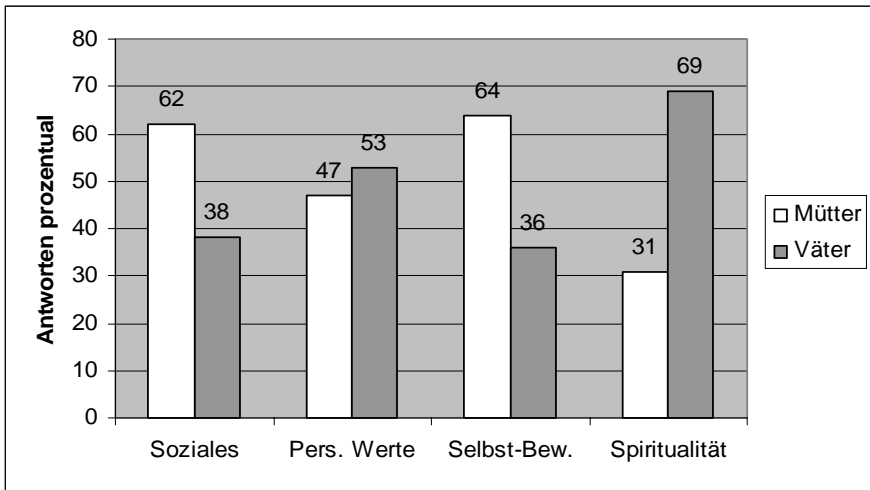


Abbildung 10: Median der Anzahl Antworten pro Person für die vier Antwortkategorien Persönliche Reifung (Soziales/Beziehungen, Persönliche Werte, Selbst-Bewusstheit/Selbsterleben, Spiritualität)

#### 6.4.2. Geschlechtsunterschiede

Aufgrund der kleinen Antwortzahlen (s.a. Tabelle 14) wird im Folgenden ausschliesslich auf die Geschlechtsunterschiede bei den Antwortkategorien eingegangen und auf eine Ausführung der Geschlechtsunterschiede bei den einzelnen Inhalten verzichtet. Insgesamt bestand im Bereich der Persönlichen Reifung bezüglich der Anzahl Antworten ein geringfügiger Geschlechtsunterschied: 53% der Antworten erfolgten durch die Mütter, 47% auf die Väter. Dieser Unterschied akzentuiert sich im Bereich „Soziales/Beziehungen“ mit 62:38% sowie im Bereich „Selbst-Bewusstheit/Selbsterleben“ mit 64:36%. Mütter erlebten in einem grösseren Ausmass positive Veränderungen in ihren Beziehungen als Väter. Ebenso erfuhren sie durch den Verlust ihres Kindes in stärkerem Ausmass eine Veränderung ihres Bewusstsein von sich selbst und ihres Selbsterlebens. Bei den Vätern hingegen deutete der Anteil von Antworten von 69% auf eine stärkere Veränderung im Bereich der Spiritualität. Der Geschlechtsunterschied von 47:53% in der Antwortkategorie persönliche Werte ist minim.



\* Die Anzahl Antworten wurde für die Mütter und Väter prozentual angeglichen

Abbildung 11: Prozentuale Verteilung von Müttern und Vätern der Anzahl Antworten für die vier Antwortkategorien Persönliche Reifung (Soziales/Beziehungen, Selbst-Bewusstheit/Selbsterleben, Persönliche Werte, Spiritualität)

### 6.4.3 Zusammenfassung der Resultate

Alle Eltern haben trotz der Belastungen des tragischen Verlustes ihres Kindes auch positive Aspekte erfahren. Die von den Eltern gegebenen Antworten können den vier induktiv gebildeten Antwortkategorien „Soziales/Beziehungen“, „Persönliche Werte“, „Selbst-Bewusstheit/ Selbsterleben“ sowie „Spiritualität“ zugeordnet werden. Dabei entfällt knapp 40% der Antworten auf den Bereich Soziales/Beziehung. Die betroffenen Eltern berichten über positive Veränderungen in ihrem sozialen Netzwerk, wie der Stärkung der Beziehung zu ihrem Partner, der Vertiefung von Freundschaften oder der Wertschätzung der nächstgeborenen Kinder. Ebenfalls knapp 40% der Antworten entfällt auf den Bereich der Persönlichen Werte. Die Eltern erzählen, sie würden in einem höheren Masse Empathie für Menschen in schwierigen Lebenssituationen empfinden oder hätten in

ihrem Leben neue Prioritäten gesetzt. Ebenso würden sie durch den Verlust ihres Kindes das Leben grundsätzlich mehr wertschätzen. Als dritter Bereich von Persönlicher Reifung wird von den Eltern über eine Veränderung der Bewusstheit ihrer selbst, z.B. im Sinne eines besseren Bewusstseins für die eigenen Bedürfnisse oder dem Erleben der eigenen Kraft und Stärke berichtet (15% der Antworten). 10% der Eltern erfahren ausserdem positive Veränderungen im Bereich der Spiritualität wie z.B. eine intensive Auseinandersetzung mit dem Tod oder eine Stärkung ihres Glaubens. Die Gesamtantwortzahl verteilt sich relativ gleichmässig auf Mütter und Väter. Bei den einzelnen Bereichen sind jedoch klare Geschlechtsunterschiede feststellbar: so berichten Mütter deutlich häufiger über positive Veränderungen in ihren Beziehungen sowie über ein verändertes Selbsterleben. Väter hingegen erleben in grösserem Ausmass eine Veränderung ihres spirituellen Erlebens.

#### 6.4.4 Persönliche Reifung - Beispiele aus den Interviews

##### A. Soziales/Beziehungen

###### *Partnerschaft*

*Also sicher, diese Beziehung hat sich noch mehr vertieft, was heute ein schönes Gefühl ist, also es ist einfach so eine ganz tiefe Vertrautheit und Verbundenheit und man hat irgendwie zusammen etwas müssen eigentlich, ja überstehen, das schwierig war.*

Mutter, 32 J.

*Und wir kennen auch Pärchen, wo man dann sagt, wenn so etwas passiert, entweder man geht miteinander weiter oder es macht so. Und das ist sicher etwas, was ich immer sagen werde, an diesem Unglück ist das einzig Positive wahrscheinlich gewesen, dass das meine Frau und mich noch mehr zusammengeschweisst hat, dass wir eben nicht auseinander gegangen sind, sondern noch mehr eigentlich, also noch näher beieinander gewesen sind.*

Vater, 24 J.

###### *Freundschaften*

*Und das Positive ist eben, dass eben meine Kollegen damals auf meiner Seite gewesen sind und ich bin immer noch mit diesen drei, vier Leuten auch jetzt immer*

*noch stark befreundet. Wir machen eben miteinander ab, einmal oder zweimal pro Woche. Dass sich auch da wieder der Weizen, von der Spreu trennt und man wirklich weiss, welche Leute sind mir wichtig, wenn, sei es auch irgend ein anderes Problem, ich weiss, ich kann dort Tag und Nacht anrufen.*

Vater, 24 J.

### **Wertschätzung von Kindern**

*Und vor allem, dass es überhaupt nicht selbstverständlich ist, dass man heute gesunder Kinder auf die Welt bringt und dass überhaupt alles ja so locker vom Hocker reibungslos abläuft. Erst wenn man selber mit dieser Situation konfrontiert wird, wie ich es eben vorher schon angetönt habe, merkt man, dass es ja viele andere gibt, denen ähnliche Sachen passieren. Und dass man in unserer heilen Welt oder sogenannte heilen Welt eben viel so Fälle hat, so Schicksalsschläge hat, mit denen tagtäglich Menschen konfrontiert werden und dass man einfach sehr dankbar sein soll, also. Ich erlebe heute noch Menschen, die sagen, ja, die quasi noch Ansprüche stellen also, wenn sie jetzt Kinder möchten, oder schon drei haben und dann das vierte sollte am besten noch ein Junge sein oder sich eigentlich, sich gar nicht bewusst sind, was es überhaupt heisst, dass sei, ja, dass sie bis jetzt, ich sage jetzt einmal Glück, so Glück, so Glück gehabt haben und dass das eben nicht das Normalste ist und nicht das Selbstverständlichste.*

Vater, 34 J.

### **Familie**

*Man kann es auch gerade als Beispiel nehmen, ja, siehst du, es geht im Leben nicht immer so, wie man es gerne hätte. Und wenn man dann zusammensteht und sich auf sich zurückbesinnt, auf die eigenen Stärken, dass es dann auch weiter geht. Und so den Zusammenhalt, eben einfach wieder ein wenig zusammenrücken.*

Vater, 43 J.

### **Professionelle Helfer**

*Also positiv war zum einen, was direkt passierte am Unispital, zu wissen, dass andere Leute mit uns sind. Also es war menschlich eine gute Erfahrung, also gute, eine angenehme Erfahrung gewesen, dass man nicht ganz alleine ist.*

Vater, 44 J.

## **B. Persönliche Werte**

### ***Empathie***

*Dann auch im Umgang mit Leuten, die in eine Trauersituation hineinkommen, einfach dieses Beispiel, sind wir genau gleich vor den Kopf gestossen gewesen mit einer solchen Situation, wo wir heute komplett anders offen herangehen können.*

Vater, 34 J.

### ***Prioritäten***

*Also dieses Bewusstwerden. Also es ist mein Leben, jetzt da. Was mach ich daraus? Was ist mir wichtig, was ist es mir wert, wo kann ich sagen, nein so nicht, also habe ich dann ja auch meine Stelle gekündigt im Spital aus diesem Grund, weil ich das, ich kann nicht mehr dahinter stehen, diese Art von Medizin.*

Mutter, 38 J.

### ***Wertschätzung***

*Ja, also eigentlich dass man gemerkt hat, dass das Leben etwas Heiliges ist, eigentlich. Das es sehr, sehr leichtsinnig aufs Spiel gesetzt wird. (Interviewerin: von den Leuten?) Ja, ich denke. Ein blödes Beispiel, in Amerika gibt es die Todesstrafe und ich denke, das ist absolut der dümmste Seich, den man machen kann. Das ist jetzt vielleicht ein blödes Beispiel, ein wenig weit hergeholt, aber ich glaube, seit damals muss ich erst recht sagen, die wissen gar nicht, was sie machen. Ich habe das Gefühl bekommen, nach dem Tode der Zwillinge, was Leben eigentlich heisst, und eigentlich wie man verantwortungslos damit umgeht.*

Vater, 31 J.

### ***Gelassenheit***

*Gewisse Sachen einfach lockerer nehmen, also eben nicht das Gefühl haben, uih, das ist jetzt schlimm, aus dem Grund weil ich vielleicht, das war für mich das Schlimmste in meinem Leben, wie ein Massstab zu setzen, dass ich mir sagen, dass ist wirklich schlimm. Aber wenn sonst etwas passiert, dass finde ich es nicht mehr so schlimm, wie ich es vielleicht früher gefunden habe. Das ist sicher etwas Positives, eben an gewisse Sachen etwas gelassener herantreten.*

Vater, 34 J.

### ***Toleranz in Beziehungen***

*Aber sicher auch mehr so eine Art von „Lockerersein“ mit, oder nicht irgendwelche Ansprüche haben oder so, sondern sich vielleicht einfach bewusst, bewusster wer-*

*den, diese Freunde die hat man, die stehen einem auch bei, und wenn es jemand nicht macht, dann macht er es halt nicht. Nicht in einem negativen Sinn, aber mehr auch in einem lockeren Sinn das akzeptieren zu können und vielleicht zu akzeptieren, dass gewisse Leute mit einer solchen Situation umgehen können, mit einem reden können in einer solchen Situation und andere das einfach nicht können.*

Vater, 24 J.

### **Respekt vor Individualität**

*Und so irgendwie eben auch wieder herausfinden, wer braucht was, nicht wahr. Ich denke, das ist auch etwas Positives, zu merken, es stimmt nicht für alle dasselbe. Einfach auch zu differenzieren, für den einen stimmt das, für den anderen stimmt das und ich habe gemerkt, dass es auch so, das ist auch etwas Positives, dass man, dass die Kinder meistens sehr genau wissen, was sie wollen. Und sehr genau wissen, was besser ist für sei und draufhören und das stimmt sehr gut. Das ist auch so etwas Positives, das ich herausgenommen habe.*

Mutter, 38 J.

## **C. Selbst-Bewusstheit/Selbsterleben**

### **Bedürfnisse**

*Das eine ist eben, in diesem Sinne mehr auf mich hören, dass mich nicht mehr etwas so unterordne, wie ich mich dieser Stelle untergeordnet habe, dass es meine Gesundheit belastet. Ich fand damals ich dürfe keine Schwäche zeigen und das hat sich wirklich geändert.*

Mutter, 29 J.

*Sicher bin ich auch, früher war ich ein Jasager, nicht wahr und jetzt bin ich skeptischer und kann auch Nein sagen. So hat das mich auch gestärkt. Ich bin nicht mehr so leicht zu überreden, etwas zu tun oder ich kann ganz klipp und klar sagen, das ist mein Standpunkt und da stehe ich dazu und weiche nicht davon ab.*

Mutter, 30 J.

### **Eigene Kraft**

*Es macht mich auf eine Art schon auch stark, so etwas zu ertragen und durchzutragen. .. Aber das machte mich im Stillen auch wenig stolz, also ich konnte es tragen.*

Vater, 43 J.



***Selbsterleben als Mutter durch Schwangerschaft***

*Also bei mir als positiv kann ich nur sagen, dass sie uns dieses Gefühl gegeben hat und dass ich doch also dreimal schwanger wurde.*

Mutter, 38 J.

***Chance***

*Ich habe das schon auch gesehen, wenn T. auf die Welt gekommen wäre, hätte ich natürlich nicht so schnell einsteigen können (in den Beruf, Anm. der Autorin). Das ist mir dann schon auch gewusst geworden.*

Mutter, 38 J.

**D. Spiritualität/Tod*****Tod/Leiden***

*Ja, also, es ist einfach das Thema Tod, das Thema also, das ich jetzt einmal erlebt habe und es ist jetzt, ja, nicht mehr so das Tabuthema für mich. Es ist etwas, das ich jetzt einmal durchgemacht habe und ich weiss nun, was das überhaupt ist, was da passiert. Ja, ich denke, auch etwas Positives.*

Vater, 25 J.

***Spiritualität***

*Aber es gibt viele Leute, die versuchen die Welt irgendwie, ich weiss es nicht, es gibt Leute, welche versuchen, weshalb ich sie vorher auslachen musste, die Welt zu erklären, oder ich weiss nicht was. Wie heisst der Mann, der im Rollstuhl ist, der Hokins oder, die versuchen alles in eine mathematische Formel zu zwingen und hineinzupassen. Und früher habe ich gesagt, es würde ja doch nie gelingen. Und heute wäre ich mir gar nicht mehr so sicher, ob nicht irgendwie ein Logik, ich weiss es nicht, ich bin mir nicht sicher.*

Vater, 31 J.

***Glaube***

*Ich denke einfach auch vom Glauben her, dass wir sehr viel auch gelernt haben. Und merkten, dass Gott wirklich für uns da ist und uns auch da durchgetragen hat.*

Mutter, 23 J.

## 6.5. Themenbereich 4: Paarbeziehung

Im Folgenden werden die Resultate des Themenbereiches Paarbeziehung dargestellt. Dabei werden in einem *ersten Unterkapitel* die verschiedenen Themen, über welche die Eltern in den Interviews zu den drei Antwortkategorien Positives/Unterstützendes, Belastendes/Konflikthaftes sowie Anderes dargelegt. Wie für die drei ersten Themenbereiche wird anhand der Antwortzahlen eine mögliche Gewichtung der Inhalte vorgenommen sowie auf hervorstechende Geschlechterunterschiede eingegangen. Das *zweite Unterkapitel* dient der Zusammenfassung der Resultate. Zur Illustration werden im *dritten Unterkapitel* ausgewählte Aussagen der Eltern zu den einzelnen Inhalten aus den Interviews vorgestellt.

### 6.5.1. Inhalte und deren Gewichtung

#### A. Positives/Unterstützendes

Wie aus Tabelle 15 ersichtlich wird, beleuchteten knapp 60%, nämlich 124 der insgesamt 209 Aussagen, welche die Eltern in Bezug auf die Beziehung zum Partner machten, positive Aspekte der Paarbeziehung. Fast alle Eltern, nämlich 16 von 19 berichteten, sie hätten Unterstützung durch ihren Partner erfahren. Mehr als ein Viertel der Antworten der Antwortkategorie Unterstützendes entfiel auf diesen Aspekt. Die Eltern erzählten, sich durch das Verhalten ihres Partner substantiell unterstützt gefühlt zu haben: Sie erfuhren Verständnis und Wertschätzung durch den Partner, fühlten sich getragen und erlebten die Anwesenheit des Partners als hilfreich. Ein Vater berichtete ausserdem, das fachliche Wissen seiner Frau, welche selbst Hebamme war, habe ihm in der akuten Situation im Spital sehr geholfen. Einige Eltern erwähnten, sich gegenseitig unterstützt zu haben. Aus den Antworten von 13 Eltern ging hervor, dass sie sich gut in ihren Partner hineinfühlen konnten und Verständnis hatten für seine Situation und sein Erleben. 17 von 19 Eltern berichteten über eine intensive emotionale Nähe zum Partner. Gemeinsam zu weinen oder Gedanken und Gefühle über das verstorbene Kind austauschen können liess ein intensives Gefühl von Verbundensein entstehen. Ebenfalls fast alle Eltern, nämlich 16 von 19 erwähn-

ten, dass der gemeinsam getragenen Verlust des Kindes die Paarbeziehung gestärkt und vertieft hatte. Knapp 10% der Antworten bezogen sich darauf, dass die Partner sich intensiv über ihre Gedanken und Gefühle ausgetauscht hatten und von ihrem Partner wussten, was ihn ihm vorging, z.B. welche positiven Aspekte er durch das tragische Schicksal erfahren hatte. 8 von 19 Eltern erwähnten positiv, dass sie auf ethische Fragen wie z.B. den Einsatz von intensivmedizinischen Massnahmen die gleiche Meinung hatten oder diese innerhalb von kurzer Zeit bilden konnten. 7 Eltern berichteten über Toleranz gegenüber ihrem Partner in Bezug auf seine andersartige Verarbeitung des Verlustes des Kindes. Sie konnten den anderen Umgang des Partners mit der Situation verstehen und die Unterschiedlichkeiten akzeptieren.

### **B. Konflikthaftes/Belastendes**

Aussagen, welche sich auf belastende Aspekte in der Paarbeziehung bezogen, machten 22% der gesamten Antwortzahl aus. 9 Eltern erwähnten Konflikte in der Paarbeziehung, welche sich insbesondere durch den unterschiedlichen Umgang mit der Situation ergaben. In der Regel hatten die Mütter den Eindruck, ihre Partner würden nicht mehr trauern, da diese nicht über das Erlebte sprachen; Väter hingegen fühlten sich durch das Bedürfnis nach Austausch ihrer Partnerinnen überfordert und unter Druck gesetzt. 15% der Antworten bezogen sich auf die Sorge um den Partner. Insbesondere von Vätern wurde erwähnt, grosse Ängste um ihre Partnerin gehabt und sich in dieser Situation sehr alleine und ohnmächtig gefühlt zu haben. 5 Eltern berichteten, die Paarbeziehung durch den Verlust des Kindes gefährdet gesehen zu haben. Dabei wurde insbesondere die Möglichkeit erwähnt, den Partner zu verlieren, falls keine nächste Schwangerschaft eintreten würde. Von vier Eltern wurde über Schuldgefühle berichtet: zwei Väter fühlten sich ihrer Partnerin wegen der bestehenden Fertilitätsprobleme schuldig; eine Mutter berichtete, sich schuldig zu fühlen, weil sie ihrem Ehemann kein Kind schenken konnte; eine Mutter hatte das Gefühl, entgegen der Empfehlung ihres Mannes zu lange gearbeitet und damit die Frühgeburt begünstig zu haben.

Tabelle 15: Paarbeziehung - Überblick über genannte Themen: Anzahl Antworten pro Thema und prozentualer Anteil von Vätern und Müttern zu den einzelnen Themen

<b>Anwort-kategorie</b>	<b>Inhalte/Themen</b>	<b>Anzahl Antworten</b>	<b>Anzahl Eltern</b>	<b>Verhältnis Antw. Mütter - Väter in %</b>
<b>Positives/Unterstützendes</b>	Unterstützung	34	16	78:22
	Verständnis für den Partner	21	13	55:45
	Nähe zum Partner	19	17	61:39
	Stärkung der Paarbeziehung	16	16	54:46
	Austausch	12	12	39:61
	Meinung bezüglich ethischen Fragen	8	8	47:53
	Toleranz	7	7	84:16
	Total häufigste Antworten*	117		
	<b>Total aller Antworten</b>	<b>124</b>		<b>61:39</b>
<b>Belastendes/Konflikthafes</b>	Konflikte	12	9	56:44
	Sorge um den Partner	7	6	26:74
	Gefährdung Paarbeziehung	5	5	18:82
	Schuldgefühle	4	4	47:53
	Total häufigste Antworten*	28		
	<b>Total aller Antworten</b>	<b>47</b>		<b>38:62</b>
<b>Anderes</b>	Reifung des Partners	13	8	51:49
	Unterschiedliche Verarbeitung	10	10	57:43
	Rollenerwartungen	6	4	82:18
	Total häufigste Antworten*	29		
	<b>Total aller Antworten</b>	<b>38</b>		<b>62:38</b>
	<b>Antworten insgesamt</b>	<b>209</b>		<b>53:47</b>

\* Im Sinne eines besseren Überblicks werden nur die Kategorien mit den häufigsten Antwortzahlen aufgeführt. Für einen Gesamtüberblick der Kategorien s. Anhang, Kapitel 2.4, Tabelle 30

### C. Anderes

18% der Antworten der Eltern zur Paarbeziehung konnten weder positiven noch belastenden Aspekten zugeordnet werden. Sie wurden deshalb unter der Kategorie „Anderes“ subsumiert.

8 von 19 Eltern äusserten sich darüber, welche positiven Aspekte im Sinne von Persönlicher Reifung sie bei ihrem Partner vermuten würden. 10 von 19 Eltern beschrieben wertfrei die unterschiedliche Verarbeitung des Verlustes des Kindes durch sie bzw. den Partner. In den meisten Fällen wurde

von den Müttern über ein intensives Bedürfnis nach Austausch mit dem Partner über das Erlebte berichtet, während die Väter den Wunsch nach Alleinsein äusserten und eher mit sich selbst ins Reine kommen wollten. 6 von 19 Eltern äusserten sich ausserdem wertefrei zu den verschiedenen Erwartungen, welche in solchen Situationen an Väter und Mütter gestellt werden und ihre diesbezüglichen Erfahrungen in der erlebten Situation.

#### **D. Geschlechtsunterschiede**

In Bezug auf Unterschiede zwischen Vätern und Müttern fällt bei den Antworten zur Paarbeziehung folgendes ins Auge:

Positives/Unterstützendes: Hier erfolgten 61% der Antworten durch die Mütter und 39% der Antworten durch die Väter. In Bezug auf diese prozentuale Verteilung wurde von den Müttern häufiger die Unterstützung durch den Partner sowie Toleranz gegenüber dem Partner erwähnt (78%, bzw. 84%). Hingegen berichteten die Väter öfter über den Austausch mit der Partnerin sowie über die gleiche Meinung bezüglich ethischer Fragen.

Belastendes/Konflikthafes: In dieser Antwortkategorie lag das prozentuale Verhältnis der Antwortzahl zwischen Müttern und Vätern bei 38:62%. In Bezug auf diese Zahlen berichteten die Mütter öfter über Konflikte in der Partnerschaft (56%). Väter hingegen äusserten öfter Sorgen um ihre Partnerin (74%) sowie Gedanken zur Gefährdung der Partnerschaft (82%).

### **6.5.2 Zusammenfassung der Resultate**

In den Antworten der Eltern zur Paarbeziehung überwiegt das Positive eindeutig gegenüber dem Konflikthaften, Belastenden. Die meisten Eltern berichten über tragende Unterstützung durch den Partner in der belastenden Situation, eine intensive Nähe zu ihm, sowie Verständnis für ihn und sein Erleben. Ebenso erwähnen viele Eltern eine Stärkung und Intensivierung der Paarbeziehung durch den gemeinsam durchlebten Verlust des eigenen Kindes. Gewisse Eltern berichten auch über Toleranz gegenüber dem unterschiedlichen Umgang des Partners mit dem Verlust. Neben dem vielen Positiven, kommen jedoch auch belastende Themen zur Sprache. Als besonders belastend erleben die Eltern Konflikte in der Partnerschaft durch

die unterschiedliche Art und Weise der Verarbeitung und den unterschiedlichen Umgang mit der Situation. Mütter haben in der Regel das Bedürfnis nach Austausch über das Erlebte mit ihrem Partner, Väter verarbeiten den Verlust eher für sich und fühlen sich durch den Gesprächswunsch ihrer Partnerinnen überfordert. Ebenso berichten einige Eltern über Schuldgefühle, z.B. durch die eigene Infertilität oder auch Schuldzuweisungen. Daneben belastet die Sorge um das Wohlergehen des Partners viele Eltern oder sie befürchten, die Beziehung zum Partner könnte aufgrund der Situation zerbrechen. - Geschlechtsunterschiede sind bei folgenden Themen auszumachen: Mütter berichten häufiger über Unterstützung durch den Partner sowie Toleranz ihm gegenüber als die Väter. Jedoch erwähnen sie auch häufiger Konflikte in der Partnerschaft. Väter hingegen äussern öfter als die Mütter Sorgen um ihre Partnerin und machen sich Gedanken über die Gefährdung der Paarbeziehung.

### 6.5.3 Paarbeziehung - Beispiele aus den Interviews

#### *Unterstützung*

*Und er hat mich auch wirklich unterstützt, also ich hatte so das Gefühl, auch lang nachher, wenn er, als es für ihn schon, das Gefühl, also für mich so das Gefühl, dass es ihm schon viel besser geht und ich bin immer noch am Trauern, dass er wirklich Verständnis gehabt hat und einfach da gewesen ist.*

Mutter, 29 J., Verlust von 1. Kind

*Weil bei meinem Mann, da ist es dann einmal gut. Er ist nicht derjenige, der so redet und ja, aber er hat mich getröstet, er hat mir viel zugehört. Er ist lieb gewesen. Ich habe gemerkt, dass ich es brauche, ja.* Mutter, 23 J., Verlust von 1. Kind

*Ja, und eben, zum Glück hat meine Frau viel gewusst, was eigentlich abgeht. Sie hat mir eigentlich erklären können, was abläuft.*

Vater, 25 J., Verlust von 1. Kind, Ehefrau ist selbst Hebamme

#### *Verständnis für den Partner*

*Das (d.h. das Warten auf eine nächste SS, Anm. der Autorin) hat sie mehr belastet als mich. Also, sie dachte wirklich immer, so jetzt muss ich sehen, dass es wieder geht. Sie hatte natürlich auch Angst, dass sie mich verlieren könnte.*

Vater, 25 J., Verlust von 1. Kind

*Ich weiss, er trauert heute genau noch nach, es ist nicht einfach gelaufen für ihn, aber nicht so offensichtlich, so muss ich es sagen, also ich möchte überhaupt nicht sagen, dass dies an ihm vorbeigegangen ist, wirklich, wirklich nicht.*

Mutter, 29 J., Verlust von 1. Kind

### **Nähe zum Partner**

*Und wir konnten auch miteinander weinen, das hat uns auch sehr viel geholfen, auch gerade um den Schmerz herauszulassen.*

Mutter, 23 J., Verlust von 1. Kind

*Wir haben uns, wir waren uns ganz nahe und wir haben wirklich, wir waren wie eins zusammen.*

Vater, 40 J., Verlust von 1. Kind

### **Stärkung der Paarbeziehung**

*Die Beziehung zur Partnerin wird sicher dadurch natürlich, ja, irgendwie anders auch, wenn man so etwas miteinander erlebt hat, es wird tiefer oder intensiver, wir haben ja auch miteinander darüber hinwegkommen müssen, trauern, und so, das ist sicher etwas, das verbindet.*

Vater, 31 J., Verlust von 1. Kind

*Also eindeutig, das ist, das ist wirklich so und ich glaube, man wächst einfach schon nicht eigentlich an den einfachen Momenten im Leben. Das ist, also sicher diese Beziehung hat sich noch mehr vertieft, was heute ein schönes Gefühl ist, also es ist einfach so eine ganz tiefe Vertrautheit und Verbundenheit und man hat irgendwie zusammen etwas müssen eigentlich, ja überstehen.*

Mutter, 32 J., Verlust von 1. Kind

### **Austausch**

*Wir haben untereinander ausgetauscht, ja. Auch schon damals im Spital haben wir zusammen nach dem Sinn gesucht, warum es so sein könnte. Und wir haben eigentlich erstaunlicherweise, also ich hatte schon zuvor nach meinem Sinn gesucht und sie auch nach ihrem, und als wir dann nach dem gemeinsamen Sinn gesucht haben, merkten wir plötzlich, dass es der gleiche war.*

Vater, 25 J., Verlust von 1. Kind

### **Meinung bezüglich ethischer Fragen**

*Wir sind aber eigentlich auch der Meinung gewesen, dass wir das nicht wollen, dass wir das Risiko nicht eingehen wollen, dass das Kind nachher vielleicht für immer irgendwelche Behinderungen oder Schädigungen davontragen wird und dass es eigentlich, ja die Natur sein soll, die im Endeffekt entscheidet, ob das Kind überlebt oder ob es lebensfähig ist und dass wir das nicht, dass wir einfach das Risiko nicht eingehen wollen, zu versuchen, das durchzuziehen mit allen Konsequenzen. .. Da sind wir uns einig gewesen, ja, ja. Das ist für uns beide klar gewesen, das wir das nicht möchten.*

Vater, 34 J., Verlust von 1. Kind

### **Toleranz**

*Er ist wirklich nicht so der, der sich offenbart mit seinen Gefühlen, das ist einfach so, dass ich gerne bohren gehe, aber ich merke, dass es nicht viel bringt und dort dann auch wirklich Zeit lassen, bei diesem Thema unbedingt, irgendwie einfach auch akzeptieren können, dass er es anders macht als ich.*

Mutter, 20 J., Verlust von Zwillingen

*Ich denke, für ihn war es relativ schwierig, weil es nicht so eine Beziehung hatte zu E.. Ich denke, das ist sowieso etwas das sehr schwierig ist für Männer. Und dass man sie, also das ist mir damals ehr aufgefallen, dass man sie nicht überfordern darf oder das Gefühl haben muss, sie müssten jetzt genau gleich viel zu Hause hocken und w einen, weil man selber weint. Das ist für sei eine ganz andere Situation und sei trauern anders als wir trauern. Und das ist nicht weniger gut, sondern das ist einfach ihre Art.*

Mutter, 25 J., Verlust von 1. Kind

## **B. Belastendes/Konflikthaftes**

### **Konflikte**

*Weil ich, weil wirklich, mir kam es dann so vor, weil er ja eigentlich jeweils nicht traurig war vor mir, weil ich das nicht sah, hatte ich manchmal das Gefühl: Ja aber, dir ist es glaube egal, was passiert ist! Also bei mir ist das einfach so angekommen, nicht wahr. Weil er war ja nicht traurig vor mir, und er hat dann natürlich wieder Nein das stimmt doch nicht! Und dann haben auch darüber gestritten.*

Mutter, 20 J., Verlust von Zwillingen



*Ja, genau, einfach Ablenkung gesucht, Abstand gesucht und sie wollte sich damit auseinandersetzen und das war eigentlich dann eigentlich eine ganz schlechte Phase für uns, wir hatten es extrem schwierig. Ich fand, jetzt musst du er irgendwann einmal ruhen lassen, sie konnte nicht, musste darüber reden, wollte darüber reden und ich habe versucht, es zu verdrängen und das hat Konfliktpotenzial ganz massiv hervorgerufen.*

Vater, 34 J., Verlust von 1. Kind

### **Sorge um den Partner**

*Es geht dann nicht mehr viel, bis man, nach all den Jahren von Sehnen und Erwarten und ich hatte das Gefühl, da fehlt nicht viel, da kann man wirklich hinüberfallen in eine Depression hinein, die, ja, ich habe ja auch nicht gewusst, wird es je noch gut, haben wir je noch mal die Möglichkeit, Kinder zu haben. (Interviewerin: Als Sie haben Angst gehabt, dass sei in eine Depression fällt nach diesem langen Probieren?). Ja, dass sie als Mensch zerbricht.*

Vater, 44 J., Verlust von Zwillingen nach künstlicher Befruchtung

### **Angst um die Paarbeziehung**

*Ich wüsste nicht, was meine Frau gemacht hätte, wenn sie nicht mehr schwanger geworden wäre. Also dort hätte ich dann ein Problem gesehen.*

Vater, 31 J., Verlust von Zwillingen nach künstlicher Befruchtung

*Und dass wir dadurch vielleicht sogar als Paar zerbrechen, oder, dass ich sie nicht mehr halten kann, also, ja, das waren schon riesen Ängste.*

Vater, 44 J., Verlust von Zwillingen nach künstlicher Befruchtung

### **Schuldgefühle**

*Ich habe gedacht, „Jesses Gott“, jetzt habe ich diese Frau geheiratet und jetzt kann ich keine Kinder, jetzt haben wir keine Kinder. Einfach ihr grösster Wunsch, Kinder. Und das klappt nicht, ich habe gedacht, warum habe ich dann geheiratet, eigentlich. Ich hätte ja in einer x-beliebigen Beziehung leben können, wenn das ja.*

Vater, 31 J., unfruchtbar aufgrund von Zystischer Fibrose, künstliche Befruchtung

## **C. Anderes**

### ***Persönliche Reifung des Partners***

*Nein, es sind ähnliche Dinge, was für sie wichtig ist zu sehen, ist dass sie psychisch schwierige Situationen meistern kann und zwar mit der Gewissheit, dass sie es letztendlich selber lösen kann oder muss.*

Vater, 34 J., Verlust von 1. Kind

### ***Unterschiedliche Verarbeitung***

*Vor allem habe ich realisiert, dass wir das einfach ganz anders verarbeitet haben. Also ich habe das irgendwie sehr unmittelbar im Moment verarbeitet und ich habe irgendwie wirklich ein ganz grosses Tal gehabt und dann ist es wieder aufwärts gegangen. Und bei ihm habe ich das Gefühl, ist der Knopf noch jetzt nicht ganz draussen. Und ich sehe das einfach auch, dass wir gehen ab und zu mal noch auf den Friedhof oder ich tue auch das Grab dort selber bepflanzen oder jetzt eben auch Allerseelen oder so, Allerheiligen und bei mir passiert es ab und zu, dass ich weinen muss, oder dass mir die Tränen runterlaufen, aber es ist nicht so, dass es mich wirklich schüttelt. Und, also, ihn kann das so zusammenlegen in einem solchen Moment. Es holt ihn dann wieder wie ganz fest ein. Ich glaube, er hat sich ganz extrem auf seine Arbeit gestützt und konzentriert.*

Mutter, 32 J., Verlust von 1. Kind

*Ja, in dieser unmittelbar ersten Phase war es ja gerade umgekehrt, gleich in die Arbeit hineingestützt, schauen weiter arbeiten, arbeiten, arbeiten, vorwärts schauen und bis ich dann eigentlich realisierte, das geht nicht, ich auch sah, wie sei damit umging und dass sie daran arbeitet und ich dann immer mehr realisierte, du musst auch etwas machen, es geht nicht so, du kannst nicht einfach darüber hinweggehen.*

Vater, 34 J., Verlust von 1. Kind

### ***Rollenerwartungen***

*Und mein Mann, er ist eben immer, ja so quasi der Starke gewesen für mich, nicht wahr, und an der Beerdigung hat es ihn dann sehr getroffen. Also dann hat er dann wirklich. Ja, weil irgendwie man dann ja auch oft, jetzt musst du stark sein für deine Frau, weil ja, sie ist ja so quasi die Leidtragende, sie hat ja die Kinder im Bauch gehabt, aber ich denke mir, für die Väter ist es wirklich genau so schlimm.*

Mutter, 20 J., Verlust von Zwillingen

## 7. Diskussion

Im Diskussionsteil wird in einem *ersten Unterkapitel* das methodische Vorgehen anhand der Literatur diskutiert. Das *zweite Unterkapitel* widmet sich der inhaltlichen Diskussion der Resultate unter Einbezug des aktuellen Standes der Forschungsliteratur. Dabei werden einerseits die Resultate der vier Themenbereiche beleuchtet und andererseits Hinweise für professionelle Helfer dargestellt. Die Diskussion schliesst in einem *dritten Unterkapitel* mit einem Ausblick.

### 7.1 Diskussion des methodischen Vorgehens

Die vorliegende Arbeit wurde als qualitative Studie konzipiert. Im Folgenden soll diskutiert werden, inwiefern dem Paradigma von qualitativer Forschung sowie den in der Literatur formulierten Merkmalen von qualitativen Forschungsmethoden in der vorliegenden Arbeit Rechnung getragen wird. Entspricht das methodische Vorgehen dieser Arbeit den Standards qualitativer Forschung? Ist sie trotz der vorhandenen quantitativen Elemente als qualitative Untersuchung zu bezeichnen? Und wo sind in methodischer Hinsicht allenfalls Schwachpunkte auszumachen?

#### 7.1.1 Paradigma und Theorie der qualitativen Forschung

Wie in Kapitel 2.5.2 beschrieben, fühlt sich qualitative Forschung in ihrem Paradigma folgenden drei Ansprüchen verpflichtet: Sie will die Individualität menschlichen Fühlens, Denkens und Handelns in ihren natürlichen Lebensbezügen beschreiben (1); diese Beschreibung und Erklärung soll für möglichst viele Individuen Gültigkeit haben (2); die Anschaulichkeit und Lebensnähe der Ergebnisse ist von Bedeutung (3) (Flick, 2000). Diesen drei Ansprüchen kann in der vorliegenden Untersuchung Genüge getan werden. (1): Durch die Wahl der Datenerhebung anhand des Problemzentrierten Interviews entstand durch die authentischen und differenzierten Aus-

sagen der InterviewteilnehmerInnen eine Fülle von Datenmaterial, welche einen äusserst interessanten und berührenden Einblick ins Erleben und Verhalten der befragten Eltern ermöglicht. In den Interviews wurde darauf geachtet, dass die Eltern ihre Lebenssituation möglichst genau beschreiben. Ebenso werden die fürs Verständnis des Erlebens der Eltern wichtige Behandlung in der Klinik für Neonatologie sowie das medizinische Basiswissen in Kapitel 2.3 genau festgehalten und erläutert. Die Auswertung der Fülle des Datenmaterials anhand der Kategoriensysteme ermöglicht einen Überblick über das Fühlen, Denken und Handeln der befragten Eltern. (2): Die Anzahl von 19 Interviews ist zwar nicht riesig, dennoch lassen die Inhaltsanalyse sowie die Gewichtung der Themen anhand der quantitativen Auswertung eine Verallgemeinerung der Ergebnisse zu. So zeichnet sich z.B. innerhalb der Stichprobe bei den meisten Eltern ein Verarbeitungsprozess ab. Ebenso entsteht ein Eindruck über die wichtigsten Punkte in Bezug auf Belastung und Unterstützung, sowie über Themen, welche Eltern in Bezug auf ihre Beziehung zum Partner beschäftigen. Auch eine Verallgemeinerung der Aussagen der Eltern dieser Untersuchung auf andere Eltern in einer vergleichbaren Situation scheint zulässig: Die 19 Interviewpartner wurden aus der Menge *aller* während der Jahre 1998 - 2002 in der Klinik für Neonatologie des Universitätsspitals Zürich hospitalisierten Eltern, welche ihr Kind verloren hatten, ausgewählt und ist in Bezug auf wichtige Kriterien wie psychische Befindlichkeit, soziale Unterstützung und Zufriedenheit in der Partnerschaft repräsentativ. Unter Berücksichtigung des Behandlungssettings, welches notwendigerweise einen grossen Einfluss auf das Erleben der Eltern hat, kann aus dem Erleben der befragten Eltern auf dasjenige von anderen Eltern in einer ähnlichen Situation geschlossen werden. (3): Durch die Art und Weise der Interviewführung ist die Lebensnähe der Beschreibungen der Eltern eindeutig gegeben. Die Eltern beschrieben ihr Erleben sehr konkret und anschaulich; die Unterkategorien der Kategoriensysteme befinden sich auf einem entsprechend niedrigen Abstraktionsniveau. Aus diesem Grund gestaltet sich die Darstellung der Resultate lebensnah und nimmt einen entsprechend grossen Raum ein.

Insgesamt ist die Herangehensweise an die befragten Eltern, bzw. das Interviewmaterial - wie in der Literatur beschrieben - offen und induktiv. Die Konzipierung der Arbeit erfolgte mit einem gewissen Vorwissen, welches

die konkrete Formulierung der Fragestellungen ermöglichte, jedoch von der Grundhaltung her möglichst unvoreingenommen und unbelastet von schon bestehendem Forschungswissen. Anders als in der quantitativen Forschung üblich, wurde nicht von theoretischen Konstrukten ausgegangen, welche auf deduktive Weise überprüft wurden. Ziel der Arbeit war es vielmehr, auf induktive Weise Informationen über das Erleben und die Erfahrungen der befragten Eltern zu gewinnen. Die weiterführende quantitative Auswertung erfolgt auf einfachem Niveau in Form von Häufigkeitsberechnungen und dient der Gewichtung der gefundenen Themen sowie dem Postulat einer Verallgemeinerung der Ergebnisse. Weiterführende quantitative Auswertungen sind in der qualitativen Forschung durchaus üblich und erlaubt (Mayring, 2002).

An dieser Stelle seien noch einige weitere wichtige Merkmale von qualitativer Forschung erwähnt und diskutiert (Kapitel 2.5.3). Gemäss Flick (2000) zeichnet sich qualitative Forschung durch die Anpassung der Forschungsmethoden an den Forschungsgegenstand aus. Da in der vorliegenden Arbeit das Erleben der befragten Eltern in seiner Komplexität erfasst werden soll, ist ein qualitatives Vorgehen Mittel der Wahl. Durch die Auswahl eines geeigneten Erhebungsinstrumentes - in diesem Fall das Problemzentrierte Interview - kann der Komplexität des Forschungsgegenstandes, nämlich dem Erleben von Eltern nach dem Tod ihres frühgeborenen Kindes, am besten Rechnung getragen werden. Die Fülle von Datenmaterial und die Möglichkeit, differenzierte Aussagen über das Erleben und den Verarbeitungsprozess der befragten Eltern zu machen, sprechen dafür, dass das Ziel der Untersuchung durch die geeignete Wahl des methodischen Vorgehens erreicht wurde. Ebenso wird durch das qualitative Forschungsdesign einem zweiten Merkmal qualitativer Forschung, nämlich der Darstellung der Perspektiven der befragten Personen und ihrer Vielschichtigkeit Rechnung getragen. Dadurch, dass die befragten Eltern in ihrem ureigenen Ausdruck zur Sprache kommen, ist ein vertiefter Einblick in ihre Ansichten sowie auch in die Zusammenhänge ihres inneren Erlebens möglich. Die Darstellung der Beispiele aus den Interviews (Kapitel 6.2.3, 6.3.3, 6.4.3 sowie 6.5.2) soll die Perspektive der befragten Eltern weiter veranschaulichen. Auf die ebenfalls mögliche Darstellung der Perspektive von Drittpersonen wie Angehörige oder professionelle Helfer wurde aus zeitlichen

Gründen verzichtet. Das dritte von Flick (2000) erwähnte Merkmal qualitativer Forschung ist der legitime Einbezug der Überlegungen des Forschers in die Erkenntnisse der Untersuchung. In der vorliegenden Arbeit erfolgte die Durchführung der Interviews sowie die Datenauswertung und -interpretation durch dieselbe Untersucherin. Eine möglichst objektive Datenauswertung - wie in der quantitativen Forschung üblich und postuliert - ist durch diese Versuchsanordnung zum vornherein nicht möglich. Da der Einbezug der Eindrücke des Untersuchers in die Ergebnisse in der qualitativen Forschung jedoch erlaubt, ja sogar erwünscht ist, ist das gewählte Vorgehen legitim, ja sogar von Vorteil. Der klinische Eindruck der Untersucherin aus den Interviews fließt implizit und explizit immer wieder in die Datenauswertung und in die Resultate ein (Kapitel 6). Dabei ist festzuhalten, dass viele dieser subjektiven Eindrücke im Sinne der Nachvollziehbarkeit in separaten Notizen festgehalten worden waren.

### 7.1.2 Methodisches Vorgehen

In Bezug auf das methodische Vorgehen soll das für qualitative Forschung eher unübliche Vorgehen bei der *Stichprobengewinnung* diskutiert werden (Kapitel 2.5.5 b)). Gemäss Flick (2000) wird die Stichprobe bei qualitativen Forschungsdesigns in der Regel mittels theoretischem Sampling gewonnen. Dabei wird die Stichprobe schrittweise erweitert, bis eine theoretische Sättigung erreicht ist, d.h. aus dem Datenmaterial keine neuen Erkenntnisse mehr gewonnen werden. Der Prozess der Datensammlung und -auswertung erfolgt dabei parallel zur Erweiterung der Stichprobe. In der vorliegenden Arbeit wurde die Stichprobe durch das in der quantitativen Forschung übliche statistische Sampling vorgenommen. D.h. Anzahl der InterviewteilnehmerInnen sowie Kriterien für die Auswahl wurden im Vornherein festgelegt, die Interviews *nach* Festlegung der Stichprobe durchgeführt und ausgewertet. Es erfolgte keine Erweiterung der Stichprobe. Dieses Vorgehen entspricht nicht den üblichen Kriterien von qualitativer Forschung, war jedoch durch begrenzte zeitliche und finanzielle Ressourcen bedingt notwendig. In Bezug auf die Resultate muss hier deshalb kritisch und einschränkend bemerkt werden, dass der Forschungsge-

genstand, nämlich das Erleben von Eltern nach dem Verlust ihres frühgeborenen Kindes, unter Umständen nicht in allen Facetten erfasst wird und wesentliche Aspekte eventuell nicht zur Sprache kommen, da die entsprechenden Eltern nicht in die Stichprobe eingeschlossen wurden. Ebenfalls einschränkend kann der Ausschluss von fünf Interviews wegen Nichteignung sein (Kapitel 5.2). Auch dadurch sind u.U. zugunsten einer besseren Verallgemeinerung der Resultate wichtige und eventuell auch divergierende Informationen nicht in die Untersuchung eingeflossen. Die erwähnte Einschränkung der Aussagen aufgrund des Samplings kann dadurch etwas abgeschwächt werden, dass alle Probanden die Kriterien für „gute Informanten“ erfüllten (Flick, 2000): alle InterviewteilnehmerInnen verfügten über das notwendige Wissen und über Erfahrung in Bezug auf das Thema, über die Fähigkeit zu Reflexion und Artikulation, sowie über die Bereitschaft, an der Untersuchung teilzunehmen.

Als *Erhebungsverfahren* bot sich bei der Zielsetzung der vorliegenden Arbeit das Problemzentrierte Interview als Mittel der Wahl an. Da aufgrund der Ergebnisse des quantitativen Teils des grösseren Forschungsprojektes schon einiges über Eltern nach dem Verlust ihres frühgeborenen Kindes bekannt war und gewisse Aspekte noch vertieft werden sollten, stellt das Problemzentrierte Interview mit seiner Mischung an Struktur und Offenheit das am besten geeignete Erhebungsinstrument dar. Wie in Kapitel 5.3.1 beschrieben, ergaben sich in den Gesprächen leichte Abweichungen in der Gewichtung der einzelnen Themen, da die Eltern mehrheitlich sehr ausführlich auf die Einstiegsfrage eingingen und dieser Interviewteil sich ähnlich einem Narrativen Interview gestaltete. Da die Erzählungen der Eltern wichtige Informationen enthielten und die Vertrauensbasis nicht tangiert werden sollte, wurde bewusst darauf verzichtet, das Interview ganz stringent nach dem zeitlichen Ablauf des Interviewleitfadens zu führen. Durch diese kleine Abweichung ist die Zielsetzung der Untersuchung in keiner Weise beeinträchtigt; das Interview entspricht auch so den Vorgaben für das Problemzentrierte Interview. Aus der freien Erzählung der Eltern konnten ungeplant wichtige Informationen gewonnen werden, welche z.B. in den Themenbereich 2 einfließen.

Die *Datenaufbereitung* erfolgte in Form der für die Interviewtechnik vorgesehenen, sehr aufwändigen kommentierten Transkription. Ebenso wurde

die Datenauswertung durch die theoriegeleitete Konstruktion von groben Kategoriensystemen bestmöglichst vorbereitet (Kapitel 5.6.1). Die *Datenauswertung* erfolgte durch eine zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse, welche genau nach dem von Mayring (2002) vorgeschlagenen Ablauf in die Praxis umgesetzt wurde (Kapitel 5.6.2 sowie Abbildung 7)

### 7.1.3 Gütekriterien

Wie in Kapitel 2.5.6 erläutert, kennt auch die qualitative Forschung Gütekriterien (Mayring, 2002). So wird - mehr noch als in der quantitativen Forschung - eine genaue *Verfahrensdokumentation* in Form einer genauen Beschreibung des Vorverständnisses, der Zusammenstellung des Analyseinstrumentariums sowie der Beschreibung der Datenerhebung und des Auswertungsablaufes. Diesem Gütekriterium wird vollumfänglich Rechnung getragen. So werden die Vorüberlegungen für die vorliegende Arbeit sowie ihr Hintergrund durch die Beschreibung ihrer Einbettung in das grössere Forschungsprojekt in Kapitel 3 genau erläutert. Die Zusammenstellung des Analyseinstrumentariums kann im Anhang eingesehen werden (Anhang, Tabellen 21-30). Die Datenerhebung wird in Kapitel 5.4 erläutert; die detaillierte Beschreibung der einzelnen Schritte der Datenauswertung erfolgt im Kapitel 5.6 für jeden der vier Themenbereiche separat. Das Gütekriterium der *Regelgeleitetheit* der Auswertung trotz offener Herangehensweise ist durch die Anwendung der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse gemäss Vorgaben in der Literatur gewährleistet. Ebenso ist die *Nähe zum Forschungsgegenstand* gegeben. Der Interviewleitfaden ist so konzipiert, dass die Eltern ermutigt wurden, über ihr konkretes Erleben im Alltag zu berichten. Die Interviews gestalteten sich lebendig und lebensnah. Das Ziel der Studie war den InterviewteilnehmerInnen bekannt, es wurde auf grösstmögliche Transparenz geachtet. Ebenso wurden die Interviewtermine mit den Eltern sorgfältig geplant worden, so dass eine erste Vertrauensbasis entstehen konnte. Aufgrund dieser Voraussetzungen sowie der Freiwilligkeit der Teilnehmenden kann von der gewünschten Offenheit der befragten Eltern ausgegangen werden. Die meisten Eltern zeigten eine hohe Motivation für die Gespräche und wollten



durch ihre Zusage ihre Dankbarkeit für die gute Behandlung in der Klinik für Neonatologie ausdrücken. Die Forderung nach einer Interessensübereinstimmung von Forscherin und Beforschten und grösstmöglicher Offenheit der InterviewteilnehmerInnen kann deshalb als erfüllt betrachtet werden. Dies wirkt sich positiv auf die Aussagekraft der Daten aus. Auf das Gütekriterium der *kommunikativen Validierung* durch Vorlegen der Ergebnisse an die Teilnehmenden wurde aus zeitlichen Gründen verzichtet. Ebenso erfolgte keine eigentliche *Triangulation* der Ergebnisse durch Einsetzen von verschiedenen Methoden oder Interpreten. Das Interesse der Mitarbeitenden der Klinik für Neonatologie an den Ergebnissen im Rahmen einer Vorstellung der Resultate in einer internen Weiterbildung und die rege Diskussion im Anschluss daran deuten jedoch darauf hin, dass sich die Ergebnisse mit den klinischen Erfahrungen der professionellen Helfer decken. So kann dieser Austausch als Form der Triangulation angeschaut werden. Als letztes Gütekriterium sei noch die *Reliabilität* der Datenauswertung erwähnt. Für alle Themenbereiche wurde für die Kodierungen die Interraterkorrelation ermittelt, indem von einem zweiten unabhängigen Rater ein Teil der Interviews anhand des erstellten Kategoriensystems ein zweites Mal geratet und die Übereinstimmung geprüft wurde. Die Übereinstimmung kann für die Themenbereiche 1-3 mit einem Cohens-Kappa von 0.8 und höher als sehr gut, für den vierten Themenbereich mit einem Kappawert von 0.65 als gut bezeichnet werden. Damit kann bei den Kategoriensystemen von einer nachvollziehbaren und sinnvollen Einteilung ausgegangen werden.

Insgesamt entspricht die vorliegende Arbeit in Bezug auf die theoretischen Grundlagen, das methodische Vorgehen und die Gütekriterien mit kleinen Einschränkungen vollumfänglich den Merkmalen von qualitativer Forschung. Sie kann trotz der nach quantitativen Vorgaben erfolgten Stichprobenauswahl sowie der quantitativen Elemente bei der Datenweiterverarbeitung eindeutig als rein qualitative Arbeit bezeichnet werden.

### 7.1.4 Grenzen der Untersuchung

Neben diesen durchaus positiven Aspekten sei an dieser Stelle auch noch kritisch auf Schwachpunkte der vorliegenden Arbeit hingewiesen.

Auf die mögliche Einschränkung der Validität der Resultate aufgrund des Samplings wurde vorgängig schon eingegangen. Ebenso muss die Auswahl der Kriterien für die Quantifizierung der Antworten der Eltern kritisch hinterfragt werden. Die Annahme, dass wichtige Aussagen häufiger genannt werden und deshalb anhand der Häufigkeiten der Antworten eine Gewichtung der Inhalte zulässig ist, kann zu Recht hinterfragt werden. So wären auch andere Kriterien wie z.B. die Gewichtung anhand der Intensität eine Aussage oder eine Kombination von verschiedenen Kriterien vorstellbar. Die Annahme, dass wichtige Inhalte besonders häufig genannt werden, ist eine subjektive der Untersucherin, die sich jedoch auch auf den Eindruck aus den Interviews stützt. Als dritter Kritikpunkt der Untersuchung muss noch die Retrospektivität der Datenerhebung erwähnt werden, welche die Gefahr einer Verzerrung der Aussagen der InterviewteilnehmerInnen in sich birgt. Es ist gut vorstellbar, dass Eltern ihr Erleben in der Rückblende anders erinnern, als sie es in der aktuellen Situation beschrieben hätten. Aus der kognitiven Psychologie und der Sozialpsychologie ist bekannt, dass die Aufnahme und das Erinnern von Informationen durch eine Vielfalt von verschiedenen Mechanismen beeinflusst werden kann (Fiedler, 1997). Bekannt als Priming-Effekt kann z.B. schon bestehendes Vorwissen die Aufnahme und Interpretation von neuer Information beeinflussen. Ebenso können Erwartungen über einen möglichen Ausgang eines Ereignisses die Erinnerung an dieses Erlebnis beeinflussen. Aus der Emotionsforschung weiss man ausserdem, dass angenehme Erlebnisse besser erinnert werden als unangenehme, welche leichter vergessen oder verdrängt werden (Spada, 2006). Aus diesen Gründen ist es gut möglich, dass die befragten Eltern beispielsweise die Zeit der Hospitalisation und ihr Erleben zu diesem Zeitpunkt positiver erinnern und erzählen, als sie es bei einer Befragung in der konkreten Situation getan hätten. Es kann ausserdem argumentiert werden, dass Eltern, die den Verlust ihres frühgeborenen Kindes verarbeitet haben, den damals erlebten Schicksalsschlag als

weniger belastend erinnern, als er tatsächlich war. In gleicher Weise könnten Eltern, welche noch immer stark trauern und unter depressiven Symptomen leiden, das Verlusterlebnis in der Retrospektive durch die Brille ihrer momentan bedrückten Stimmung sehen. Dieser Mechanismus, Vergangenes je nach aktueller Gestimmtheit eher in seinen positiven, bzw. negativen Aspekten zu sehen, wurde in der klinischen Psychologie und in der Depressionsforschung untersucht und mehrfach bestätigt (Davison & Neale, 1996, Roth & Rehm, 1980). Dass solche Mechanismen auftreten und die Aussagen der befragten Eltern verzerren, kann nicht ausgeschlossen werden. Die Beobachtung jedoch, dass sich die meisten Eltern in der Interviewsituation emotional ganz auf ihr damaliges Erleben einliessen und nochmals in die frühere Zeit eintauchten, spricht für die Authentizität der gemachten Aussagen und gegen eine allzu starke Verzerrung der Antworten der Eltern aufgrund der oben beschriebenen Mechanismen.

## **7.2 Diskussion der Inhalte**

### **7.2.1 Erleben der Eltern und Verarbeitung des Verlustes**

Interessanterweise decken sich die Ergebnisse der vorliegenden Studie bezüglich der psychischen Befindlichkeit von Eltern nach dem Verlust ihres frühgeborenen Kindes sowie dessen Verarbeitung trotz unterschiedlichen Forschungsansätzen weitgehend mit den in der Literatur beschriebenen Resultaten. Wie in Kapitel 2.2.2 dargelegt, kommt eine Mehrzahl der bisherigen Untersuchungen zum Schluss, dass Eltern nach dem Verlust ihres Kindes rund um die Geburt in der ersten Zeit nach dem tragischen Ereignis zwar unter deutlichen Anzeichen von psychischer Belastung wie vermehrter Ängstlichkeit, Depressivität, intensiver Trauer sowie psychosomatischen Beschwerden leiden, diese Symptome jedoch bei den meisten Eltern mit zunehmendem zeitlichem Abstand vom Ereignis wieder verschwinden und sie den Verlust verarbeiten können (Boyle et al., 1996; Janssen et al., 1997; Dyregrov & Dyregrov, 1999). Ein direkter Vergleich mit diesen grösstenteils quantitativen Studien ist aufgrund des qualitativen Studienansatzes zwar nicht möglich; die in Kapitel 6.2.3. dargelegte Synopsis der ver-

schiedenen Befunde der vorliegenden Untersuchung macht jedoch deutlich, dass die meisten Eltern den Verlust ihres frühgeborenen Kindes nach einer Phase von starker Trauer und Schmerz und nach einem intensiven inneren Prozess verarbeitet haben. Dabei weisen die Inhalte der Antworten klar darauf hin, dass der Grossteil der Eltern sich auf den von Beutel (2002) beschriebenen regulären Trauerprozess einlassen konnten, der für die gelungene Verarbeitung eines Verlustes unabdingbar ist (Kapitel 2.2.2). Die von den Eltern anfänglich beschriebenen Gefühle von Dissoziation und Schock entsprechen dabei der ersten Phase des Trauerprozesses des Nicht-Wahrhaben-Wollens. Eltern fühlen sich in dieser Phase überrumpelt von den Ereignissen und schwanken zwischen Hoffnung, Sorge und Ohnmachtsgefühlen. Die Mischung von Schmerz, Trauer, Wut, Enttäuschung und Ohnmacht in der Folgezeit ist der zweiten Phase des Trauerprozesses, der Phase der aufbrechenden Emotionen, zuzuordnen. In dieser Zeit sind die Eltern einem dichten emotionalen Erleben mit rasch wechselnden und sehr widersprüchlichen Gefühlen ausgesetzt und beschäftigen sich mit der Suche nach Antworten auf die Frage nach den Ursachen des tragischen Ereignisses. Wenn die Eltern etwas später über zahlreiche und regelmässige die Besuche auf dem Friedhof, das Anschauen von Fotos und die Auseinandersetzung mit dem Wunsch nach einer neuen Schwangerschaft berichten, entspricht dieses Erleben der Phase des Suchens und Sich-Trennens. Auch die in dieser Phase einsetzende kognitive Auseinandersetzung und der Versuch, das Erlebte ins eigene Leben und Weltbild einzuordnen, ist als Teil dieser dritten Phase des Trauerprozesses zu sehen. Die Fähigkeit, sich emotional auf eine nächste Schwangerschaft, bzw. auf ein nächstes Kind oder auf neue berufliche Herausforderungen einzulassen, entspricht der vierten von Beutel beschriebenen Phase des Trauerprozesses eines neuen Weltbezuges. Viele Eltern berichten auch mehrere Jahre nach dem Verlust des Kindes noch über Trauer und Schmerz, beschreiben diese Gefühle jedoch als weniger intensiv und nahe. Auch dieser Befund spricht für einen vollzogenen Trauerprozess (Beutel, 2002). Auf einen gelungenen Trauerprozess deutet auch die hohe Anzahl Eltern hin, welche über eine emotionale Integration des verstorbenen Kindes berichten. Die Eltern erleben ihr Kind als Teil ihrer selbst und ihres Lebens und sind auch über den Tod des Kindes hinaus in einem lebendigen Kontakt mit ihm. Diese Beschreibung

deckt sich mit den Befunden von Dyregrov & Dyregrov (1999), welche feststellten, dass Eltern, die den Verlust ihres Kindes verarbeitet haben, über ein inneres Bild des Kindes im Sinne einer inneren Repräsentation verfügen. Auch die Tatsache, dass viele Eltern trotz gelungenem Trauerprozess auch Jahre nach dem Verlust noch über Gefühle von Trauer und Schmerz berichten, entspricht den Befunden von Beutel (2002). Er stellte fest, dass nach gewissen Verlusterfahrungen - wie dem Tod des eigenen Kindes oder des Lebenspartners im hohen Alter - Trauer und offene Fragen im Sinne einer Restsymptomatik lebenslang bestehen bleiben können.

Trotz dieser positiven Befunde darf die Tatsache, dass ein Teil der Eltern den Verlust nicht verarbeitet hat, nicht übersehen werden. Auch Jahre nach dem Verlust ist über ein Drittel der von den Eltern geäußerten Gefühle und Gedanken belastend (Kapitel 6.2.3) und ein Teil der Eltern scheint den Tod ihres Kindes nicht verarbeitet zu haben. Wie ist dieser Befund zu interpretieren? Wie in Kapitel 2.2.2 beschrieben, zeichnet sich eine pathologische Trauerreaktion durch intensive Trauer auch mehr als 14 Monate nach dem Verlust, durch das Verleugnen des Verlustes, eine komplexen Mischung von sich widersprechenden Gefühlen sowie eine tägliche intensive Beschäftigung mit dem verlorenen Menschen aus (Beutel, 2002). Diese Merkmale konnten bei keinem der Interviewpartner in ihrer Gesamtheit gefunden werden. 21% der Eltern leiden jedoch noch immer unter starker Trauer und Schmerz, beschäftigen sich täglich mit dem verstorbenen Kind, stellen sich die Frage nach einem allfälligen eigenen Versagen und leiden unter psychosomatischen Beschwerden. Bei diesen Eltern ist von einer ungenügenden Verarbeitung und einer pathologischen Trauerreaktion auszugehen. Dabei entspricht sowohl die Tatsache, dass ein Teil der Eltern den Verlust eines frühgeborenen Kindes nicht verarbeiten können, als auch die Prozentangabe dieser Eltern den Ergebnissen bisheriger Studien. Es konnte gezeigt werden, dass bei einem gewissen Prozentsatz von Eltern nach dem perinatalen Verlust ihres Kindes auch Jahre nach dem Verlust erhöhte Werte von Depressivität, Ängstlichkeit und anderen Symptomen psychischer Belastung zu finden sind. Die Zahlen schwanken stark und bewegen sich zwischen 7-25% der betroffenen Eltern, was einem 2-5-fachen

Risiko gegenüber der Normalbevölkerung entspricht. (Beutel, 2002; Boyle et al., 1996; Dyregrov & Dyregrov, 1999; Hunfeld, 1997b).

Angesichts der Schwere des Erlebnisses des Verlustes eines frühgeborenen Kindes und Heftigkeit der anfänglich erlebten Gefühle und Gedanken erstaunt es, wie adäquat die meisten Eltern der Studie den tragischen Verlust im Zeitverlauf verarbeiten, mit der Situation umgehen und sich erneut aufs Leben einlassen können. Die positiven Emotionen und Kognitionen überwiegen mehrere Jahre nach dem Verlust eindeutig gegenüber den belastenden; trotz noch immer vorhandener Trauer berichten die Eltern eindrücklich über eine kognitive Neubewertung der Situation, ebenso wie über eine emotionale Integration des verstorbenen Kindes. Was könnten begünstigende Faktoren für die gelungene Verarbeitung sein? Um dieser Frage nachzugehen, ist es interessant, nochmals auf die in Kapitel 2.2.2 aufgeführten Zusammenstellung von Schutz- und Risikofaktoren nach einem perinatalen Verlust von Beutel (2002) und Scheidt et al. (2007) einzugehen (s. Tabelle 2):

Bei den meisten der befragten Eltern dieser Studie ist eine grosse Anzahl erwähnten Schutzfaktoren vorhanden und es fehlen entsprechende Risikofaktoren:

Bei 16 von 19 Interviewpartnern ist der Kinderwunsch zum Zeitpunkt des Interviews erfüllt oder nicht mehr vorhanden. Die Eltern, welche nachfolgend nochmals ein Kind bekommen haben, sind mit grosser Freude über diese Geburt erfüllt. Trotz intensiver Trauer über den Verlust verspürt ein Grossteil der Eltern schon wenige Monate nach dem Verlust des Kindes den Wunsch nach einer neuen Schwangerschaft. Der Wunsch nach einer eigenen Familie ist offensichtlich stärker als die Enttäuschung über den Verlust und setzt sich in den meisten Fällen nach kurzer Zeit wieder durch. Es scheint, als ob der Wunsch nach einem Kind etwas sehr stark in die Zukunftsweisendes ist, das stärker ist als Tod und Verlust. Die Wichtigkeit des Schutzfaktors von eigenen Kindern wird durch den Befund von Franche & Bulow (1999) unterstrichen, wonach eine nächste Schwangerschaft die psychische Befindlichkeit von Müttern nach einem perinatalen Verlust günstig beeinflusst. Gleichzeitig ist der Befund der vorliegenden Untersuchung bezüglich Wichtigkeit von nächstgeborenen Kindern eine Bestäti-

gung des Resultats von Franche & Bulow. Alle Eltern beschreiben ihre Ehebeziehung im Interview als gut und tragend, die Zufriedenheit in der Partnerschaft ist als hoch zu bezeichnen (Anhang, Kapitel 1.2., Tabellen 16 und 18). - Mit einer Ausnahme berichten alle Eltern in den Interviews über eine gute emotionale Unterstützung durch Freunde und Familie sowie ein tragfähiges soziales Netzwerk. - Nur sehr wenige Eltern erwähnen für einen der drei Messzeitpunkte psychosomatische Symptome aufgrund der Belastung (s.a. Abbildung 8). Das Fehlen von psychosomatischen Reaktionen kann als Hinweis für eine stabile prämorbid psychische Gesundheit gewertet werden: Menschen mit einer guten psychischen Gesundheit reagieren auf Belastungen eher mit einem direkten emotionalen Ausdruck als mit unbewusst „produzierten“ körperlichen Symptomen. - Aufgrund der hochprofessionellen Versorgung in der Klinik für Neonatologie mit klaren Konzepten für End-of-Life-Decisions und Palliative Care (Kapitel 2.3.2c)) ist davon auszugehen, dass die Begleitumstände so wenig belastend wie möglich waren. - Alle Eltern hatten sich - teilweise nach einer anfänglichen Ambivalenz - auf die Geburt ihres Kindes gefreut, es kam in keinem Fall zu einer anhaltenden Ambivalenz gegenüber der Schwangerschaft. - Keine der Mütter war alleinstehend oder adolescent.

Bei den Eltern mit ungenügender Verarbeitung kommen jeweils mehrere Risikofaktoren zusammen: Es ist nach dem Verlust des frühgeborenen Kindes zu keiner Schwangerschaft mehr gekommen; die Eltern haben keine eigenen Kinder, verspüren jedoch noch immer einen starken Kinderwunsch. Die Eltern sind mit Fertilitätsproblemen konfrontiert, wodurch das Zustandekommen einer nächsten Schwangerschaft erschwert ist. Die Eltern haben zu einem späteren Zeitpunkt nochmals ein anderes Kind während der Schwangerschaft verloren. Es besteht ein tiefer Sozialstatus, eine unbefriedigende berufliche Situation und wenig soziale Integration und Unterstützung. Die Eltern zeigen nach dem Verlust psychosomatische Symptome; es ist von einer erhöhten psychischen Vulnerabilität auszugehen.

An dieser Stelle sei erwähnt, dass auch Eltern, welche den Verlust gut verarbeitet haben, einen oder mehrere der von Beutel (2002) beschriebenen Risikofaktoren aufweisen. Daneben verfügen sie jedoch über genügende Anzahl von Schutzfaktoren. So scheint nicht primär das Vorhandensein

von Schutzfaktoren, bzw. die Abwesenheit von Risikofaktoren, sondern vielmehr das Verhältnis dieser beiden Einflussfaktoren ausschlaggebend für die Verarbeitung. Dies deckt sich mit Wissen aus der Resilienz- und Psychotherapieforschung, wonach für die Bewältigung von Krisen das Verhältnis von Belastungen und Ressourcen ausschlaggebend ist (Petzold, Goffin & Oudhof, 1996).

Erstaunlicherweise können in der vorliegenden Arbeit in Abweichung von der bisherigen Forschungsliteratur in Bezug auf die Symptome psychischer Belastung, bzw. die Verarbeitung des Verlustes keine Geschlechtsunterschiede festgestellt werden. Sowohl Vance et al. (1995) als auch Dyregrov & Dyregrov (1999) fanden, dass Mütter nach einem perinatalen Verlust in der Regel stärker belastet sind als Väter und die Symptome länger anhalten. Zwar geben Mütter und Väter in der vorliegenden Untersuchung für einzelne Inhalte unterschiedlich viele Antworten (Kapitel 6.2.3), insgesamt ist jedoch das Verhältnis von belastenden zu positiven Emotionen und Kognitionen für Mütter und Väter ausgeglichen. Warum in der vorliegenden Studie keine Geschlechtsunterschiede festgestellt werden können, ist nicht einfach zu beantworten. Ein möglicher Grund für das Fehlen von Geschlechtsunterschieden könnte sein, dass in einem relativ freien Interview auch von den Vätern offener geantwortet und mehr belastende Themen angesprochen werden als in einem Fragebogen mit geschlossenen Fragen (Kapitel 2.5.5). Ebenso ist es möglich, dass Väter, welche an einer Interviewstudie teilnehmen, grundsätzlich bereiter sind, differenziert und offen zu antworten und dabei auch belastende Themen zu nennen. Eine übermäßige Verzerrung durch die Stichprobenauswahl kann aufgrund des Vergleichs bezüglich Trauer, Depressivität und Ängstlichkeit zwischen teilnehmenden und nicht teilnehmenden Eltern wie in Kapitel 7.1 dargestellt, allerdings ausgeschlossen werden (s. Anhang, Tabellen 16 und 18).

Die in mehreren Studien nach einem perinatalen Verlust beschriebene erhöhte psychische Belastung während einer nächsten Schwangerschaft wird durch die Befunde der vorliegenden Untersuchung hingegen klar bestätigt. Verschiedene Forscher (Armstrong, 2002; Coté-Arsenault et al., 2001; Hughes, 1999; Turton et al., 2001) stellten übereinstimmend fest, dass Eltern nach einem perinatalen Verlust während einer nächsten Schwangerschaft



signifikant ängstlicher und depressiver sind als Eltern, die kein Kind verloren haben. In der vorliegenden Untersuchung berichten viele Eltern auf eindrückliche Weise über ihre Ängste vor oder während einer neuen Schwangerschaft und bezeichnen diese teilweise als „Horror Schwangerschaft“. Einige Eltern warten bewusst mit einer neuen Schwangerschaft, bis sie den Schock des Verlustes etwas verarbeitet haben. Treten in einer nächsten Schwangerschaft Anzeichen von Komplikationen auf, sind die Eltern sofort in höchste Alarmbereitschaft versetzt. Insgesamt erleben die meisten Eltern die Schwangerschaften nach dem Verlust ihres frühgeborenen Kindes als sehr belastend. Der in der Literatur beschriebene Geschlechtsunterschied in Bezug auf die Befindlichkeit während einer nächsten Schwangerschaft lässt sich hingegen durch die Befunde dieser Arbeit nicht bestätigen. Anders als z.B. von Armstrong (2002) oder Turton et al. (2006) beschrieben, berichten gleich viele Väter wie Mütter über Ängste vor oder während einer nächsten Schwangerschaft. Offensichtlich sind Väter nach dem perinatalen Verlust eines Kindes emotional genauso vom Verlauf einer nächsten Schwangerschaft betroffen wie Mütter. Auch hier könnte die oben erwähnte Möglichkeit zum Tragen kommen, dass Väter in einem Interview offener über ihre Ängste berichten als in einer Fragebogenuntersuchung und dass sich besonders differenzierte und engagierte Väter für die Teilnahme für ein Interview melden.

### **7.2.2 Belastungen und Unterstützung: was brauchen Eltern**

Die Diskussion der Resultate des 2. Themenbereiches erfolgt aufgrund von fehlenden Forschungsergebnissen nicht anhand der Literatur. Stattdessen wird versucht, die Ergebnisse zu gewichten, sowie mögliche Zusammenhänge innerhalb des Themenbereichs und zu anderen Themenbereichen herauszuarbeiten. Dabei werden eine Phase vor und während der Schwangerschaft sowie eine Phase nach dem Verlust des Kindes unterschieden.

Es ist eindrücklich, die im Vorfeld und während der Schwangerschaft erwähnten Belastungen (Kapitel 6.3.1. und 6.3.3) näher zu betrachten. Setzt man sie in Bezug zum später eintreffenden Verlust des Kindes und dessen Verarbeitung, wird ihre Brisanz deutlich: Ein Paar, das einen intensiven

Kinderwunsch hat und sich gleichzeitig mit der Infertilität des einen Partners konfrontiert sieht, ist durch diese Situation und die folgenden notwendigen medizinischen Prozeduren erheblichen psychischen, physischen und finanziellen Belastungen ausgesetzt. Tritt dann eine Schwangerschaft ein, ist die Freude darüber umso grösser. Die Enttäuschung und der Schmerz, ein so sehr herbeigesehntes und je nachdem lange erwartetes Kind frühzeitig wieder zu verlieren, müssen überwältigend sein. Ein Kind nach jahrelangem Bemühen und Warten auf diese Weise zu verlieren, stellt eine Extremsituation dar, die schwierig zu verkraften ist. Gleichzeitig kann sich die Infertilität des einen Partners nach dem Verlust auch in belastenden Schuldgefühlen gegenüber dem Partner äussern. Ebenso bedeutet ein vorangegangener Abort oder eine vorangegangene Frühgeburt für eine nächste Schwangerschaft eine grosse Belastung. Diese Eltern haben - vielleicht in kurzem zeitlichem Abstand - schon einmal ein Kind während der Schwangerschaft verloren und sind durch dieses Erlebnis verunsichert und verletzt. Ein nächstes Kind wiederum noch in der Schwangerschaft zu verlieren, ist deshalb umso schmerzlicher und reisst kaum verheilte Wunden wieder auf. Ebenfalls äusserst belastend und für die Verarbeitung erschwerend ist das Gefühl, während der Schwangerschaft ärztlich nicht fachgerecht betreut worden zu sein. Eltern verlassen sich in der Schwangerschaft in der Regel vertrauensvoll auf ihren Arzt. Haben sie den Eindruck, dieser habe sie mit während der Schwangerschaft mit ihren Fragen nicht ernst genommen oder habe wichtige Faktoren übersehen, wird das Verhalten des Arztes als mögliche Ursache für die Frühgeburt gewertet. Verständlicherweise entstehen bei diesen Eltern grosse Ressentiments und sie fühlen sich im Stich gelassen. In der Regel ist der Vertrauensverlust so gross, dass betroffene Eltern den Arzt umgehend wechseln. Wut diesen Ärzten gegenüber und Zweifel an der Richtigkeit der Behandlung begleiten diese Eltern oft jahrelang auf negative Weise und erschweren die Verarbeitung des Verlustes erheblich (Kapitel 6.2.3). Nachdenklich stimmt in der heutigen Zeit auch die Aussage von einigen Eltern, sich durch die Schwangerschaft mit Problemen an der Arbeitsstelle konfrontiert zu sehen und den Verlust der Arbeitsstelle zu befürchten. Offenbar besteht auch zum heutigen Zeitpunkt noch eine Tendenz, schwangere Frauen an der Arbeitsstelle zu diskriminieren und unter Druck zu setzen. Diese Mütter strengen sich wäh-

rend der Schwangerschaft an ihrer Arbeitsstelle besonders an, wollen möglichst keinen Tag fehlen oder sich krankschreiben lassen. Nach dem Verlust des Kindes durch Frühgeburtlichkeit machen sie sich deswegen Vorwürfe und fragen sich auch Jahre später noch auf kritische Weise, ob sie durch ihr Verhalten die Frühgeburt mitverursacht haben. Partnerschaftsprobleme im Vorfeld der Schwangerschaft werden interessanterweise im Nachhinein neu bewertet und teilweise sogar zur Beantwortung der Sinnfrage des Verlustes herbeigezogen. Wie aus den Ergebnissen der Themenbereiche 3 und 4 ersichtlich, wird die Schwangerschaft und auch der gemeinsam durchlebte Verlust des Kindes mehrheitlich als Chance erlebt, die Beziehung zu kitten und sich der Wichtigkeit der Partnerschaft erneut bewusst zu werden. Dieses Empfinden kann soweit gehen, dass der Sinn des kurzen Lebens des Kindes darin gesehen wird, die Partnerschaft zu retten. Dieser Befund erstaunt und unterstreicht einmal mehr das offenbar stark Verbindende und Zukunftsweisende einer Schwangerschaft, selbst wenn ein Kind nicht lebensfähig ist.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass gewisse Belastungen im Vorfeld oder während der Schwangerschaft in der Regel deutlich negative Auswirkungen auf die Verarbeitung des Verlustes haben. Diesen vorausgehenden Belastungen muss in der Begleitung von betroffenen Eltern unbedingt Rechnung getragen werden, um sie in einer allfällig erschwerten und blockierten Verarbeitung des Verlustes unterstützen. Einige der erwähnten Belastungen wie Fertilitätsprobleme oder ein vorangegangener Verlust eines ungeborenen Kindes sind in der in Kapitel 2.2 erläuterten Liste der Risikofaktoren enthalten. Andere Belastungen, wie z.B. ungenügende ärztliche Betreuung oder Belastungen am Arbeitsplatz aufgrund der Schwangerschaft sollten als weitere ernstzunehmende Risikofaktoren eingestuft werden.

Es ist bemerkenswert, dass die Eltern nach dem Verlust des Kindes rückblickend sowohl für die akute Situation des Verlustes als Monate und Jahre später über mehr Entlastendes als Belastendes berichten. Das Hilfreiche bildet für die betroffenen Eltern sowohl während der Zeit der Hospitalisation, als auch während der Monate und Jahre danach ein stabiles und tragendes Gegengewicht zu den vorhandenen Belastungen. Selbst in der Ex-

tremssituation rund um die Geburt und den Tod des Kindes ist aus dem Erzählen der Eltern mehr Hilfreiches als Belastendes zu entnehmen. Am kleinsten ist diese Differenz zum Zeitpunkt 6 Monate nach dem Verlust, am grössten ist sie mehrere Jahre nach dem Verlust. Absolut gesehen sind sowohl die Belastungen als auch das Hilfreiche während des Spitalaufenthaltes aus der Sicht der Eltern am höchsten. Wie ist dieses bemerkenswerte Ergebnis zu verstehen und zu interpretieren? - Offenbar bestehen bei den befragten Eltern auch in dieser schwierigen Situation zahlreiche innere und äussere Ressourcen, welche die vorhandenen Belastungen auszugleichen, bzw. sogar zu übertreffen vermögen. Je höher die Belastungen, desto mehr Ressourcen werden offenbar aktiviert. In der palliativen Situation des Kindes vermögen die gute professionelle Betreuung in der Klinik mit einem klaren Konzept auch für die Begleitung der Eltern, eine stabile und unterstützende Partnerschaft, ein tragendes soziales Netzwerk sowie eigene Ressourcen offenbar sogar die extremen Belastungen rund um den Tod des Kindes auszugleichen. So entsteht durch die Ressourcen gewissermassen ein Puffer für die Belastungen.

Etwas weniger stabil scheint die Situation in der ersten Zeit nach dem Verlust. Während die situationsbedingten Belastungen weiterhin bestehen, fällt die dichte Betreuung durch die Klinik weg und die Eltern sind meist unvermittelt wieder ganz sich selbst überlassen. Oft sehen sie sich ausserdem mit dem Unvermögen ihrer Umgebung, adäquat mit der Situation umzugehen, konfrontiert und Partnerschaftskonflikte kommen als zusätzliche Belastung hinzu. Der Trauerprozess ist voll im Gange und Entlastung durch eine kognitive Neubewertung ist erst im Anfang begriffen. In dieser Zeit fühlen sich Eltern sehr auf sich selbst zurückgeworfen und sind am ehesten auf Unterstützung von aussen angewiesen. Dies deckt sich mit den Befunden aus Studien bezüglich therapeutischer Unterstützung von Eltern nach dem perinatalen Verlust eines Kindes, welche übereinstimmend zum Ergebnis kamen, dass Eltern insbesondere in den ersten Monaten nach dem Verlust von therapeutischer Unterstützung profitieren können (Carrera et al., 1998; Forrest et al., 1982). - Mehrere Jahre nach dem Verlust spüren die betroffenen Eltern zwar immer noch Belastendes im Zusammenhang mit dem verstorbenen Kind. Wie die Interpretation der Befunde des Themenbereichs 1 verdeutlichen, können diese Belastungen einerseits als Restsym-

ptome eines gelungenen Trauerprozess oder aber bei gewissen Eltern als Anzeichen für eine ungenügende Verarbeitung angesehen werden. Wie Murray et al. (2000) feststellen konnten, können diese Eltern von einer therapeutischen Unterstützung profitieren und sollten an entsprechende Therapeuten überwiesen werden. Insgesamt ist der Trauerprozess jedoch bei einem Grossteil der Eltern abgeschlossen und es hat bei den meisten Eltern ein Reifungsprozess stattgefunden, der Ruhe und Entlastung bringt (Kapitel 6.4.1). Die meisten Eltern haben sich erneut aufs Leben einlassen können, wovon die Geburt von nächsten Kindern und die tiefe Freude an diesen zeugt.

Das von den Eltern klar zum Ausdruck gebrachte subjektive Überwiegen von Unterstützendem gegenüber Belastendem zu allen drei Zeitpunkten unterstreicht einerseits die Bedeutung einer guten professionellen Begleitung dieser Eltern in der Akutsituation sowie eines tragenden sozialen Netzwerkes. Andererseits ist es auch Ausdruck von gesunden Bewältigungsmechanismen und der Resilienz der meisten betroffenen Eltern, welche selbst im akuten traumatischen Moment der Hospitalisation der Situation nicht einfach ausgeliefert waren, sondern ein gewisses Mass an Selbstwirksamkeit erlebten.

### **7.2.3 Persönliche Reifung**

Als erstes ist es spannend, die vier induktiv gebildeten Kategorien von Persönlicher Reifung mit den Antwortbereichen der Skala des Posttraumatic Growth Inventory PTGI von Tedeshi & Calhoun (1996) zu vergleichen. Wie in Kapitel 2.4.3 erläutert, umfasst der PTGI folgende fünf auf empirischem Weg ermittelten und validierten Themenbereiche: „Beziehungen zu anderen“, „Wertschätzung des Lebens“, „Persönliche Stärke“, „Neue Möglichkeiten“, sowie „Religiöse Veränderung“. Die Antwortkategorien der vorliegenden Untersuchung beinhalten die vier Bereiche „Soziales/Beziehungen“, „Persönliche Werte“, „Selbst-Bewusstheit/ Selbsterleben“ sowie „Spiritualität“ (Kapitel 6.4.1, Tabelle 14). Vergleicht man die beiden Skalen miteinander, so sind interessante Überschneidungen festzustellen. Zwar besteht ein Unterschied in der Anzahl der Themenbereiche

von fünf im PTGI und vier in der vorliegenden Studie; inhaltlich decken sich die Antwortkategorien jedoch recht gut. So entspricht der Themenbereich „Soziales/Beziehungen“ der vorliegenden Untersuchung demjenigen der „Beziehungen zu anderen“ des PTGI und der Bereich „Persönliche Werte“ kann als erweiterte Skala des Bereiches „Wertschätzung des Lebens“ des PTGI gesehen werden. Der Bereich „Persönliche Stärken“ des PTGI ist in der Kategorie „Selbst-Bewusstheit/Selbsterleben“ zu finden und der Bereich „Religiöse Veränderungen“ des PTGI deckt sich mit demjenigen der „Spiritualität“ der vorliegenden Studie. Für den Bereich „Neue Möglichkeiten“ erfolgte in der vorliegenden Untersuchung nur eine Antwort; er wurde deshalb unter dem Bereich „Selbst-Bewusstheit/ Selbsterleben“ subsumiert. Auch wenn keine vollständige Übereinstimmung festzustellen ist, ist die inhaltliche Ähnlichkeit der beiden Skalen doch bemerkenswert, da die vier Antwortkategorien dieser Studie ausschliesslich induktiv aufgrund von inhaltlichen Kriterien und ohne Rückgriff auf den PTGI gebildet wurden.

Wie sind nun die von den Eltern erwähnten Themen und deren Gewichtung zu interpretieren? Durch den Verlust ihres frühgeborenen Kindes haben die betroffenen Eltern v.a. in den Bereichen des sozialen Netzwerkes sowie der Persönlichen Werte positive Veränderungen im Sinne eines Reifungsprozesses erfahren. Die Eltern haben in dieser extrem belastenden Situation auf berührende und oft unerwartete Weise Unterstützung durch Angehörige und Freunde sowie durch den Partner zu erlebt. Dies hat ihre Beziehung zu diesen Personen nachhaltig verändert und vertieft und ihnen bewusst gemacht, auch welche Menschen sie sich verlassen können. Vielen Eltern ist ausserdem durch den Verlust ihres Kindes bewusst geworden, dass die reibungslose Geburt eines Kindes nicht selbstverständlich ist. Die Geburt eines gesunden Kindes zu einem späteren Zeitpunkt wird deshalb umso mehr geschätzt. Bei vielen betroffenen Eltern hat die intensive Auseinandersetzung mit dem Thema Leiden und Tod eine grundlegende Veränderung ihrer persönlichen Werte bewirkt. Im Bewusstsein der Endlichkeit und der Zerbrechlichkeit des Lebens haben viele Eltern für ihr eigenes Leben neue Prioritäten gesetzt. Diese Eltern berichten, sich mehr Zeit für sich selbst und die Menschen, die ihnen nahe stehen zu nehmen, sowie diejenigen Dinge zu tun, die ihnen am Herzen liegen, anstatt den Erwar-

tungen und dem Druck von aussen zu genügen. Ebenso hat der tragische Schicksalsschlag viele Eltern für die Not und die Bedürfnisse ihrer Mitmenschen sensibilisiert. Die am eigenen Leibe erfahrene Zuwendung hat ihnen aufgezeigt, wie wichtig in solchen Situationen Verständnis und Einfühlungsvermögen von anderen sein kann. Interessant ist auch, dass einige Eltern die Situation des Verlustes ihres Kindes als intensive Erfahrung mit sich erlebt haben und dadurch ein erweitertes Bewusstsein für sich selbst entwickelt haben. Eine verbesserte Wahrnehmung der eigenen Bedürfnisse oder das Erleben der eigenen Kraft werten viele Eltern im Sinne einer persönlichen Entwicklung als positiv. Einige Mütter sind trotz des Verlustes ihres Kindes bemerkenswerterweise dankbar, eine Schwangerschaft erlebt zu haben und Mutter gewesen zu sein. Der Bereich der Spiritualität und religiösem Erleben wird erstaunlicherweise nur von wenigen Eltern explizit genannt. Dies überrascht angesichts der existentiellen Erfahrung des Todes des eigenen Kindes sowie der Gefährdung des eigenen Lebens einiger Mütter. Wie ist dieses Schattendasein von religiösen Erfahrungen in diesem Kontext zu verstehen? In den Interviews fallen insgesamt die spärlichen Äusserungen der Eltern zum Thema Glauben auf; nur wenige Eltern bezeichnen sich in einem engeren Sinn als gläubig. Dies kann als Spiegel einer seit längerem zunehmenden Säkularisierung unserer Gesellschaft gesehen werden. Betrachtet man die einzelnen von den Eltern erwähnten Erfahrungen, wie z.B. grössere Wertschätzung des Lebens, mehr Empathie für andere Menschen oder mehr Gelassenheit im Leben näher, wird klar, dass diese Erfahrungen eigentlich eine religiöse, bzw. spirituelle Dimensionen berühren, welche in unserer heutigen Zeit jedoch nicht mehr dem Bereich der Religion zugeordnet werden. Sie werden vielmehr im Feld der Psychologie angesiedelt, welche das Individuum in seinem sozialen Kontext und seiner persönlichen Entwicklung ins Zentrum stellt. So ist das Spirituelle, Religiöse, das auch in der aktuellen Forschungsliteratur (Mc Intosh et al., 1993; Uren & Wastell, 2002) immer wieder mit Persönlicher Reifung in Verbindung gebracht wird, bei Reifungsprozessen nach einer traumatischen Erlebnis auch in unserer heutigen Zeit zu finden, wird aber unter anderen Begriffen und Kategorien subsumiert.

Aus den Antworten, welche die Eltern bezüglich der für sie aus dem Verlust des Kindes entstandenen positiven Aspekten geben, muss von einem

nachhaltigen inneren Prozess der betroffenen Eltern ausgegangen werden, der eine kognitive und emotionale Verarbeitung des Verlustes umfasst und als Antwort auf die durch die existentielle Krise hervorgerufenen Lebensfragen zu sehen ist. Durch den Einblick ins Erleben der Eltern und den stattgefundenen inneren Reifungsprozess wird das Modell der Shattered Assumptions von Janoff-Bulman (1992) auf eindruckliche Weise bestätigt. Viele der betroffenen Eltern werden durch den unerwarteten Tod ihres Kindes in ihrem Weltbild erschüttert und durchleben eine schwere innere Krise. Bei fast allen Eltern setzt nach einiger Zeit eine kognitive Neubewertung des Erlebten ein. In den Interviews sind dabei insbesondere zwei der von Janoff-Bulman beschriebenen Strategien zu beobachten: einerseits fragen sich viele Eltern nach dem eigenen Anteil am Erlebten und nach einem allfälligen eigenen Verschulden. Dies ist zwar belastend, gibt ihnen jedoch ein Gefühl von Selbstkontrolle zurück. Ebenso suchen viele Eltern nach dem Sinn, bzw. dem „Nutzen“ des Erlebten, was sich in ihren Antworten auf die Frage nach positiven Aspekten widerspiegelt. So sind die zahlreichen Antworten der Eltern auf die Reifungsfrage als Zeichen dafür zu sehen, dass es den meisten Eltern gelungen ist, das traumatische Erlebnis zu integrieren und ein neues inneres Weltbild zu schaffen, das wieder Halt und Sicherheit gibt. Dabei decken sich die von den Eltern erwähnten Aspekte ihres Reifungsprozesses über weite Strecken mit den Themen, über welche die Eltern im 1. Themenbereich bezüglich einer kognitiven Neubewertung des Erlebten berichteten. Dies bestätigt nochmals klar die Bedeutung eines persönlichen Reifungsprozesses nach einem traumatischen Erlebnis für dessen Verarbeitung. Die Veränderungen auf emotionaler und kognitiver Ebene, welche sich in einem Reifungsprozess abspielen, sind ein Abbild für die gelungene Verarbeitung des tragischen Verlustes eines Kindes und helfen, das für ein inneres Gleichgewicht notwendige stabile Weltbild der betroffenen Eltern wiederherzustellen.

Anders als in bisherigen Forschungsarbeiten wurden in der vorliegenden Studie für die Persönliche Reifung keine Geschlechtsunterschiede gefunden. Praktisch alle bisherigen Studien belegen klar, dass Frauen nach einem Trauma höhere Reifungswerte aufweisen als Männer (Bellizzi, 2004; Büchi et al., 2006; Milam, 2005; Park et al., 1996; Weiss, 2002). Diese Beo-



bachtung wird damit erklärt, dass Frauen in der Regel in der Wahrnehmung ihrer Gefühle geübter sind als Männer und dass ein Reifungsprozess durch diese Fähigkeit zur Introspektion gefördert wird. In der hier vorliegenden Studie sind keinerlei derartigen Geschlechtsunterschiede feststellbar. Zwar bestehen in den einzelnen Antwortbereichen deutliche Unterschiede zwischen den Müttern und den Vätern (Abbildung 11), insgesamt ist die Antwortanzahl zwischen den Geschlechtern jedoch ausgeglichen. Auch die Väter haben sich intensiv mit dem Tod ihres Kindes auseinandergesetzt und sich den daraus entstehenden Lebensfragen gestellt. Sie äussern sich ebenso differenziert wie die Mütter über die Erfahrungen, die sie gemacht haben und ziehen ihre ganz persönlichen Schlüsse im Sinne von veränderten Einstellungen und Haltungen dem Leben und ihren Mitmenschen gegenüber. Wie schon für den Themenbereich 1 könnte folgender Faktor für dieses überraschende Ausbleiben eines Geschlechtsunterschiedes verantwortlich sein: Anders als bei einem Fragebogen mit geschlossenen Fragen und einer limitierten Auswahl von Fragen ist es in der Interviewsituation auch den Vätern möglich, offen und differenziert über ihre ganz individuellen Erfahrungen zu berichten. Dies wirft die kritische Frage auf, ob Männer nach einem traumatischen Erlebnis tatsächlich weniger reifen oder ob sie nicht auf andere Art und Weise und vielleicht weniger direkt zugänglich positive Aspekte im Erlebten sehen, welche von den üblichen standardisierten Messinstrumenten wie dem PTGI nicht erfasst werden, sondern eher in einem persönlichen Gespräch zustande kommen. Für dieses Argument spricht die Tatsache, dass sich bei der Berechnung des PTGI der Fragebogenstudie auch bei den neun Vätern der Interviewstudie ein deutlich tieferer Reifungswert zeigt als bei den Müttern.

#### **7.2.4 Paarbeziehung**

Interessanterweise decken sich auch in diesem Themenbereich die Befunde der vorliegenden Untersuchung mit den Resultaten der Forschungsliteratur - sowohl bezüglich Unterschiede zwischen Vätern und Müttern im Umgang mit dem Verlust als auch bezüglich der Auswirkungen des Verlustes des Kindes auf die Qualität der Paarbeziehung.

Mütter trauern in der Regel „offensichtlicher“ und haben das intensive Bedürfnis, mit ihrem Partner über das Erlebte zu sprechen. Verarbeiten Väter den Verlust eher für sich, entsteht bei den Müttern in vielen Fällen der Eindruck, ihr Partner habe das Erlebte schon vergessen. Sie fühlen sich verunsichert und im Stich gelassen. Väter hingegen müssen sich durch die Rückkehr zur Arbeit schon sehr bald wieder mit der Alltagsrealität auseinandersetzen. Meist sind sie froh um diese Ablenkung und fühlen sich eher belastet durch den Gesprächswunsch ihrer trauernden Partnerinnen. Dieser gefährdet unter Umständen auch das eigene noch immer labile innere Gleichgewicht. Ebenso haben Väter meist weniger als Mütter das Bedürfnis sich auszutauschen, sondern verarbeiten das Erlebte eher im Stillen und für sich. Diese Befunde stehen in enger Übereinstimmung mit den von Beutel gefundenen Geschlechtsunterschieden im Umgang des Verlustes eines Kindes, die er auch auf gesellschaftliche Rollenzuschreibungen zurückführt (Beutel, 2002). In ca. der Hälfte der befragten Eltern führt die Unterschiedlichkeit im Umgang des Verlustes zu Spannungen in der Partnerschaft. Mütter haben das Gefühl, ihr Partner habe das verstorbene Kind schon vergessen, Väter fühlen sich unter Druck gesetzt durch den Gesprächsbedarf ihrer Partnerinnen. Die meisten Eltern können diese Konflikte im Gespräch lösen oder es stellt sich ein „stilles Verstehen“ des Partners ein, was für eine gute Partnerschaft spricht. So überwiegt das Positive bei allen Eltern bei weitem gegenüber dem Konflikthaften: die Partner unterstützen sich gegenseitig, entwickeln ein Verständnis für einander und erfahren eine Stärkung der Partnerschaft durch den gemeinsam getragenen Verlust des Kindes. Die Fähigkeit des Paares, aufeinander einzugehen und der Andersartigkeit des Partners gegenüber tolerant zu sein, spricht für eine gut funktionierende Partnerschaft, was sich wiederum in der hohen Zufriedenheit der Eltern mit der Partnerschaft spiegelt (s. Anhang, Tabellen 16 und 18). Zwar kommt es - wie sich auch in den Resultaten des 1. Themenbereiches (Tabelle 7) zeigt - in den ersten Monaten nach dem Verlust zu vermehrten Spannungen in der Partnerschaft. Diese können jedoch bereinigt werden, so dass sich die Qualität der Partnerschaft über die Zeit wieder normalisiert. Auch dieser Befunde deckt sich mit aktuellem Forschungswissen bezüglich der Qualität der Partnerschaft nach einem perinatalen Verlust. Sowohl Najman et al. (1993) als auch Mekosh-

Rosenbaum & Lasker (2006) stellten fest, dass die Qualität der Paarbeziehung während der ersten Monate abnimmt, sich über die Zeit jedoch derjenigen von Paaren ohne einen solchen Verlust wieder angleicht. Ebenso fanden sie, dass die Trennungsrate von solchen Eltern nur geringfügig erhöht ist. In der vorliegenden Studie kam es in keinem Fall zu einer Trennung.

Diese Ergebnisse erstaunen, wenn man bedenkt, wie belastend der Verlust eines eigenen Kindes für Eltern ist und wie unterschiedlich Mütter und Väter in der Regel mit einem solchen Verlust umgehen. Wie kommt es, dass nicht nur jeder Elternteil für sich das tragische Ereignis meist gut verarbeiten kann, sondern auch die Paarbeziehung das Trauma offenbar unbeschadet übersteht und in vielen Fällen noch daran wächst. An dieser Stelle soll noch einmal die Bedeutung einer Schwangerschaft für eine Paarbeziehung reflektiert werden: Ein ungeborenes Kind ist etwas sehr Verbindendes für Eltern. Es entsteht einerseits aus einer nahen körperlichen Begegnung, und aktiviert andererseits sowohl bei Müttern als auch bei Vätern uralte Muster von Nähren- und Beschützen-Wollen. Eltern, die ein Kind erwarten, sind sich in der Regel sehr nahe und blicken in eine gemeinsame Zukunft, in die sie investieren wollen. Ein gemeinsames Kind ist etwas, das Eltern über Jahre fordern und beschäftigen wird. Sind die Voraussetzungen sowohl persönlich als auch in der Paarbeziehung dafür nicht gegeben, wird sich ein Paar wohl kaum auf eine Schwangerschaft einlassen. Wenn beide Eltern sich aktiv für eine Schwangerschaft und das Engagement für ein gemeinsames Kind entschieden haben, sind die Voraussetzungen günstig, auch einen schweren Schicksalsschlag gemeinsam zu bewältigen. Das erwartete Kind steht ja gewissermaßen für den Wunsch nach einer gemeinsamen Zukunft und die Bereitschaft, sich für die Beziehung zu engagieren. Dies ermöglicht es den Eltern in der tragischen Situation denn auch, füreinander dazu sein, einander zu unterstützen, Toleranz zu üben und entstehende Konflikte anzugehen und zu lösen. In den Interviews berichteten einige Eltern sogar, sich durch den Verlust des Kindes erst richtig bewusst geworden zu sein, mit dem Partner zusammenbleiben und eine nächste Schwangerschaft planen zu wollen. So spiegelt sich im Überwiegen von Positivem gegenüber Konflikthaftem neben reifen und ausgeglichenen

Einzelpersonen vermutlich der Stand der Paarbeziehung wider, die sich mit der Planung eines gemeinsamen Kindes in einer Aufbauphase befindet.

### **7.2.5 Hinweise für professionelle Helfer**

Aus den Antworten der Eltern lassen sich einerseits für professionelle Helfer ganz konkrete Hinweise für den Umgang mit betroffenen Eltern und andererseits auf einer Metaebene übergeordnete Hinweise ableiten.

#### **Hinweise für professionelle Helfer in der konkreten Situation**

Während der Tage rund um die Geburt und den Tod des Kindes befinden sich die Eltern in einem emotionalen Ausnahmezustand. Sie sind in dieser Phase wenig offen für Informationen auf einer kognitiven Ebene. Professionelle Helfer können zu diesem Zeitpunkt unterstützend tätig sein, indem sie Eltern durch Anteilnahme und Dasein emotional begleiten. Anders als man annehmen könnte, ist diese traumatische Situation jedoch nicht nur negativ, sondern betroffene Eltern erleben auch positive Gefühle wie Nähe zu ihrem Kind oder Freude über dieses. Hier können professionelle Helfer Unterstützung bieten, indem sie Eltern diese positiv gefärbten Gefühle spiegeln und diese so im Sinne eines Gegengewichts zu den zahlreichen belastenden Emotionen verstärken. Ebenso ist es von grosser Wichtigkeit, Eltern zu ermutigen, aktiv zur Verarbeitung beizutragen, indem sie z.B. die Beerdigung mit vorbereiten oder eine Geburts-, bzw. Todesanzeige gestalten. Rituale sind in dieser Phase von grosser Bedeutung für die Eltern und sollten ihnen aktiv angeboten werden (s.a. Nijs, 2003). Ebenso sollte in dieser Phase auf das Vorhandensein von Unterstützung und Anteilnahme durch Familie und Freunde geachtet werden, welche für die Eltern von grosser Wichtigkeit ist. Daneben brauchen betroffene Eltern jedoch auch Raum und Zeit, sich zurückzuziehen und allein sein zu dürfen. Es wichtig, sich als professionelle Helfer darüber im Klaren zu sein, dass Eltern in dieser Zeit besonders empfindsam sind für achtlose und unangemessene Worte und Handlungen sind. Sie fühlen sich von ihrem Umfeld rasch verletzt und sind enttäuscht. Ebenso ist die Konfrontation mit Eltern mit einem lebenden Kind zu diesem Zeitpunkt besonders belastend und sollte wenn immer möglich vermieden werden. Auch wenn sich in dieser Phase vieles

um die Mutter und das frühgeborene Kind dreht, sollten die Väter nicht vergessen werden. Meist sind sie sehr belastet durch die Sorge um ihre Partnerin und je nach Familiensituation zusätzlich mit der Versorgung der anderen Kinder beschäftigt. Es ist wichtig, dass professionelle Helfer während der Phase der Hospitalisation auch auf die Väter zugehen, sich nach ihrem Befinden erkundigen und ihnen ein offenes Ohr schenken. Ganz allgemein kann gesagt werden, dass Eltern schon durch kleine Hilfestellungen wie die Möglichkeit für den Vater, im Spital zu übernachten oder ein Einzelzimmer für die Mutter sehr entlastet sind.

Während der ersten Monate nach dem Verlust entsteht bei vielen Eltern der Wunsch nach einer neuen Schwangerschaft. Gleichzeitig sind Eltern in Bezug darauf äusserst ängstlich. ÄrztInnen, Pflegende und andere professionelle Helfer, welche solche Eltern begleiten, sollten sich dieser Ängste bewusst sein und Eltern unterstützen, ihre Gefühle und Sorgen auszudrücken. Da die Eltern neben den noch immer vorhandenen belastenden Gefühlen in dieser Phase mit einer kognitiven Neubewertung des Erlebten beschäftigt sind, sind sie nun auch offener gegenüber medizinischen Erklärungen sowie psychologischer und seelsorgerischer Begleitung. Durch solche Massnahmen können sie in ihrem Verarbeitungsprozess auf kognitiver Ebene unterstützt werden. Wie aus den Resultaten von Themenbereich 2 ersichtlich, sind betroffene Eltern in dieser Phase meist sehr auf sich zurückgeworfen. Die intensive Begleitung während der Hospitalisation fällt weg und auch die erste Welle von Anteilnahme durch das soziale Umfeld ist verebbt. Nachbetreuende Ärzte der Klinik, Gynäkologen, Hausärzte sollten in dieser ersten Zeit gezielt nachfragen, wie es den betroffenen Eltern geht und sie allenfalls aktiv auf die Möglichkeit von professioneller Unterstützung, z.B. in Form von psychologischer Begleitung hinweisen. Ebenso sollten sich professionelle Helfer bewusst sein, dass die Paarbeziehung in dieser Phase aufgrund der unterschiedlichen Verarbeitungsweise von Vätern und Müttern oft belastet und angespannt ist. Sie können betroffene Eltern unterstützen, indem sie ihnen entstehende Konflikte als mögliche Reaktion auf den Verlust erklären und sie ermutigen, sich über ihr Erleben auszutauschen und dem Partner und seinem Erleben und Verhalten gegenüber tolerant zu sein. Betroffene Eltern können in dieser Zeit auch darauf hingewiesen werden, dass ihr Umfeld durch das tragische Ereignis

überfordert ist und eventuell nicht auf adäquate Weise auf sie einzugehen vermag. Ebenso sollten betroffene Eltern in dieser Zeit unterstützt werden, ihren Bedürfnissen nach Gefühlsausdruck, Ablenkung, aber auch nach Rückzug und Alleinsein nachzugehen. Trauer und Schmerz sind in dieser Phase noch immer vorherrschend und sollten als Teil eines natürlichen Trauerprozesses gesehen werden. Auch in dieser Phase sind Rituale wie der Besuch des Grabes oder das Anzünden von Kerzen von grosser Wichtigkeit für die Eltern; sie sollten von professioneller Seite ermutigt werden, diese gemäss ihren Bedürfnissen durchzuführen (Nijs, 2003).

Auch mehrere Jahre nach dem Verlust des Kindes und trotz der meist stattgefundenen emotionalen Integration und kognitiven Neubewertung trauern vielen Eltern noch um ihr Kind und sind belastet von negativen Gedanken. Dies sollte von professionellen Helfern anerkannt und gewürdigt werden. Eltern, die eine nächste Schwangerschaft erleben, sollten in ihren diesbezüglichen Ängsten wie auch in der vorhergehenden Phase ernst genommen werden. Ebenso sollten noch immer vorhandene Zweifel an der Richtigkeit der medizinischen Behandlung nach Möglichkeit geklärt werden. Professionelle Helfer können betroffene Eltern auch unterstützen, indem sie sich für die meist vorhandenen positiven Aspekte im Sinne eines persönlichen Reifungsprozesses interessieren und diese aufgreifen und verstärken. Dies stärkt die Eltern in ihrer Suche nach einem Sinn und damit in der Bewältigung des erlebten Schicksalsschlages. Eltern, die nach dem Verlust ihres Kindes wieder schwanger werden, betonen stark die Wichtigkeit dieses nächstgeborenen Kindes und ihre Freude darüber. Aus diesem Grund sollte Eltern, deren Kinderwunsch nicht in Erfüllung geht, besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Sie sind gefährdet für eine pathologische Trauerreaktion und benötigen unter Umständen zusätzliche Unterstützung und Hilfe (Murray et al., 2000).

### **Übergeordnete Überlegungen für professionelle Helfer**

Auf einer übergeordneten Ebene sind folgende Punkte für professionelle Helfer (MitarbeiterInnen der Neonatologie, GynäkologInnen, HausärztInnen, PädiaterInnen, PsychotherapeutInnen, SeelsorgerInnen,) von Bedeutung:

- Trotz der belastenden Situation und der Gefährdung gewisser Eltern verfügen offenbar die meisten Eltern bei genügend guter professioneller Unterstützung über ein ausreichendes Mass an Resilienz, um mit dem Verlust umzugehen und ihn zu verarbeiten. Dieses Wissen kann professionellen Helfern in der Begleitung betroffener Eltern eine gewisse Gelassenheit geben, dass diese Eltern - auch wenn sie durch Phasen von grosser Trauer gehen - ihr inneres Gleichgewicht wiederfinden werden. Professionelle Helfer, welche mit einem wachen Auge für allfällig gefährdete Eltern über eine solche Gelassenheit verfügen, laufen nicht Gefahr, sich in zuviel Aktivismus zu stürzen und können betroffenen Eltern in ihrem schmerzlichen Prozess durch Ruhe Sicherheit und Orientierung geben.
- Für professionelle Helfer ist es grundlegend, die vier Phasen eines Trauerprozesses zu kennen. So können sie das Erleben und die Reaktionen der Eltern verstehen und einordnen. Das Wissen um das zu einem normalen Trauerprozess gehörende Erleben kann betroffenen Eltern auch im Sinne einer Information weitervermittelt werden. Wie aus der Literatur bezüglich der Behandlung von psychischen Erkrankungen bekannt, wirkt psychoedukatives Wissen entlastend und hilft, das eigene Erleben zu verstehen und einzuordnen. (Bäumli, Pitschel-Walz, Berger, Gunia, Heinz & Juckel, 2005).
- Ebenso ist es für professionelle Helfer relevant, Schutz- und Risikofaktoren von Eltern nach dem Verlust eines frühgeborenen Kindes zu kennen. Dabei sollte zum einen die Vorgeschichte beachtet werden (vorherige Verluste, Fertilitätsprobleme, Komplikationen während der Schwangerschaft, berufliche Zufriedenheit, Belastungen durch die Schwangerschaft am Arbeitsplatz, kultureller Hintergrund und damit verbundene Bedeutung des Kindeswunsches). Ebenso sollte dem sozialen Netzwerk der Eltern, der Qualität der Partnerschaft, dem Vorhandensein von professioneller Betreuung in der Akutsituation sowie der späteren Erfüllung des Kinderwunsches Aufmerksamkeit geschenkt werden. Auf Eltern mit einem oder mehreren Risikofaktoren muss ein besonders aufmerksames Auge geworfen werden. Sie neigen vermehrt dazu, den Verlust nur mangelhaft zu verarbeiten und mit

prolongierter Trauer und persistierenden Symptome psychischer Belastung zu reagieren.

- Wie in der Literatur beschrieben, können Eltern von therapeutischer Unterstützung einerseits während der ersten Monate nach dem Verlustes in der ersten Phase starker psychischer Belastung profitieren (Carrera et al., 1998; Forrest et al., 1982; Swanson, 1999). Eltern sind in dieser Phase nach der Spitalentlassung, wenn die Verarbeitung in vollem Gange ist, oft sehr auf sich allein gestellt. Sie sollten deshalb während der Nachbetreuung durch die Klinik, durch den Hausarzt oder den Gynäkologen auf die Möglichkeit von psychologischer Begleitung hingewiesen werden. Als zweite Zielgruppe für therapeutische Unterstützung sind diejenigen Eltern mit einem hohen Risiko für eine erschwerte Verarbeitung des Verlustes mit prolongierter Trauer zu sehen (Murray et al.). Leiden Eltern auch mehrere Monate nach dem Verlust des Kindes unter ausgeprägten Symptomen psychischer Belastung, beschäftigen sich innerlich noch täglich mit dem verlorenen Kind und können sich nicht wieder auf ihr jetziges Leben und die Zukunft ausrichten, sollten sie direkt in psychotherapeutische Behandlung überwiesen werden.
- Professionelle Helfer sollten sich bewusst sein, dass Mütter und Väter den Verlust ihres Kindes in der Regel unterschiedlich verarbeiten und dies in der ersten Zeit nach dem Verlust auch zu Konflikten in der Paarbeziehung führen kann. Eltern können darauf hingewiesen werden, dass solche Konflikte bis zu einem gewissen Mass normal sind und Toleranz dem anderen gegenüber und das Austauschen über das innere Erleben in der Regel Entlastung bringen. Väter können ermutigt werden, sich neben der Sorge um ihre Partnerin auch genügend Raum für den eigenen Verarbeitungsprozess zu nehmen und sich nicht allzu stark den gesellschaftlichen Normen, welche an sie als Männer gestellt werden, zu unterwerfen.
- Stellt sich nach dem Verlust eines Kindes durch eine Frühgeburt eine nächste Schwangerschaft ein, sind die zuständigen GynäkologInnen besonders gefordert, auf die Ängste dieser Eltern einzugehen. Das Gefühl, in diesen Ängsten ernst genommen zu sein, entlastet diese Eltern in der Regel deutlich.



- Ängste und Fragen von Eltern während einer Schwangerschaft sollten von den behandelnden GynäkologInnen ernst genommen werden. Eltern spüren oft intuitiv, dass etwas nicht stimmt. Kommt es aufgrund von ärztlichem Fehlverhalten zu einer Frühgeburt, welche das Kind nicht überlebt, ist die Verarbeitung eines solchen Verlustes für die betroffenen Eltern besonders schwierig.

Gibt es einen günstigen Zeitpunkt für die Vermittlung der oben beschriebenen Informationen an die Eltern? Sicher sollten Eltern nicht in der akuten Situation mit solchen Informationen überhäuft werden, da sie diese gar nicht aufnehmen können. Eine Möglichkeit ist, die erwähnten Punkte laufend im Gespräch mit den betroffenen Eltern zu thematisieren. Da Eltern nach dem Verlust ihres Kindes jedoch selten in regelmässiger professioneller Begleitung sind, könnten diese Informationen in einer Elternbroschüre zusammengefasst und den betroffenen Eltern bei Spitalaustritt oder durch die nachbehandelnden ÄrztInnen zur Verfügung gestellt werden.

### 7.3 Ausblick

Aufgrund der Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung stellt sich die wichtige Frage, wie diejenigen Eltern, welche den Verlust ihres frühgeborenen Kindes ungenügend verarbeitet haben und unter einer prolongierten Trauerreaktion leiden, besser erfasst und damit der nötigen Hilfe zugeführt werden können. Hier ist zum einen die Möglichkeit von Katamnesen in Betracht zu ziehen. Sowohl die Fragebogenstudie als auch die Interviewstudie haben einen katamnestischen Charakter, insofern als Eltern, welche den Verlust nicht verarbeitet haben, erfasst werden konnten. Solche Katamnesen bedeuten in der Regel einen hohen zeitlichen und damit finanziellen Aufwand und sind für eine Klinik nicht einfach durchführbar. Mittels einiger einfacher klinischer Fragebogen wären solche Katamnesen im Sinne eines Pilotprojekts jedoch z.B. im Rahmen einer Dissertation einfach durchführbar und es könnte abgeschätzt werden, ob auf diese Weise gefährdete Eltern erfasst werden können. Als eine zweite Möglichkeit zur Erfassung gefährdeter Eltern kann die Intensivierung der Zusammenarbeit mit niedergelassenen GynäkologInnen und HausärztInnen in Betracht ge-

zogen werden. Im Rahmen einer Fortbildung könnten diese über die Auswirkungen des Verlustes eines frühgeborenen Kindes auf das psychische Befinden der betroffenen Eltern sowie über Schutz- und Risikofaktoren für die Verarbeitung informiert und sie auf diese Weise für dieses Thema sensibilisiert werden. Die positive Wirkung einer solchen Massnahme ist nicht einfach zu erfassen. Eine intensive Zusammenarbeit mit gezielten gegenseitigen Rückmeldungen zwischen Klinik und niedergelassenen ÄrztInnen würde jedoch sicherlich rasch zeigen, ob gefährdete Eltern so besser erfasst werden können.

Eine zweite Frage, die sich auf den Ergebnissen der vorliegenden Studie ergibt ist diejenige nach möglichen Verbesserungen in der professionellen Begleitung von betroffenen Eltern. Zwar ergeben sich viele der von den Eltern erwähnten Belastungen aus der Situation des Verlustes selbst und die Klinik für Neonatologie trägt mit ihrer professionellen Behandlung und klaren Konzepten nicht nur auf medizinischer sondern auch der menschlichen Ebene viel dazu bei, dass Eltern sich in der hochakuten Situation der Frühgeburt und des Todes ihres Kindes bestmöglichst aufgehoben fühlen und von ihrem Kind auf adäquate Weise Abschied nehmen können. Die Bereitschaft einer grossen Anzahl betroffener Eltern, an der Interviewstudie teilzunehmen sowie die Aussagen der Eltern in den Interviews sprechen eine deutliche Sprache in Bezug auf die Qualität der erlebten Behandlung. Trotz dieses positiven Fazits besteht noch ein gewisser Spielraum für Verbesserungen im Umgang mit den betroffenen Eltern, im Setting in der Klinik sowie in der Nachbetreuung. Wie könnten diese implementiert und ihre Wirkung evaluiert werden? Die in Kapitel 7.2.5 dargelegten möglichen Verbesserungen in der Betreuung der betroffenen Eltern während der Hospitalisation des Kindes, Veränderungen des Settings sowie in der Nachbehandlung könnten in einem Konzept zusammengestellt werden. So wären z.B. regelmässige Mitarbeiterschulungen denkbar, in denen Wissen über das Erleben der Eltern, Faktoren von Unterstützung und Belastung sowie über Auswirkungen auf die Paarbeziehung vermittelt werden. Ebenso könnte vonseiten der Klinikleitung über Möglichkeiten, die betroffenen Mütter besser von Müttern mit einem lebenden Kind abzuschirmen, nachgedacht werden. In Bezug auf die Nachbetreuung könnten Eltern beim

Klinikaustritt noch gezielter auf die entlastende Wirkung von ambulanter therapeutischer Unterstützung in der ersten Zeit nach dem Verlust des Kindes hingewiesen werden und Adressen von entsprechend ausgebildeten Fachpersonen erhalten. Durch eine Elternbroschüre könnten die Eltern wie erwähnt darin unterstützt werden, ihr Erleben und ihnen vielleicht fremd erscheinende Reaktionsweisen besser zu verstehen und einordnen zu können. Die Wirkung dieser einzelnen Massnahmen könnte nach einer gewissen Zeit mittels eines Fragebogens an die Eltern einige Zeit nach der Hospitalisation evaluiert werden.

Da die Resultate der vorliegenden Studie aufgrund der retrospektiven Datenerhebung das Risiko einer gewissen Verzerrung in sich bergen, wäre eine Verifizierung der Resultate mittels prospektiven Studiendesigns denkbar und möglich. Betroffene Eltern könnten in der Situation der Hospitalisation sowie in der ersten Zeit nach dem Verlust in einem Gespräch bezüglich ihres Erlebens befragt und die Ergebnisse der beiden Studien miteinander verglichen werden. Zwar ist eine prospektive Datenerfassung von betroffenen Eltern aufgrund der äusserst belastenden Akutsituation nicht ganz einfach und muss aus ethischer Sicht gut geprüft werden; ein Vergleich der Resultate der beiden unterschiedlichen Studiendesigns wäre aber sicher äusserst spannend und aufschlussreich. Als weitere Möglichkeit zur Validierung der Resultate der vorliegenden Studie könnten diese den StudienteilnehmerInnen vorgelegt und mit ihnen diskutiert werden. Ein solches Vorgehen würde dem Gütekriterium der kommunikativen Validierung entsprechen und könnte die Validität der Ergebnisse klar verbessern.

## Literaturverzeichnis

- Affleck, G., Tennen, H. & Rowe, J. (1991). *Infants in Crisis. How Parents Cope with Newborn Intensive Care and its Aftermath*. New York: Springer.
- Affleck, G. & Tennen, H. (1996). Construing Benefits from Adversity: Adaptional Significance and Dispositional Underpinnings. *Journal of Personality*, 64 (4), 899-922.
- Ainsworth, M., Blehar, M. Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of Strange Situation*. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health*. Jossey-Bass: San Francisco.
- Arbeitskreis Qualitative Sozialforschung (1994). *Verführung zum qualitativen Forschen: Eine Methodenauswahl*. Wien: WUF-Unionsverlag.
- Armstrong, D.S. (2002). Emotional Distress and Prenatal Attachment in Pregnancy after Perinatal Loss. *Journal of Nursing Scholarship*, 34 (4), 339-344.
- Bäumel, J., Pitschel-Walz, G., Berger, H., Gunia, H., Heinz, A. & Juckel, G. (2005). *Arbeitsbuch PsychoEdukation bei Schizophrenie (APES)*. Schattauer: Stuttgart, New York.
- Begleiter, M.L., Burry, V.F. & Harris, D. (1976). Prevalence of Divorce Among Parents of Children with Cystic Fibrosis and Other Chronic Diseases. *Journal of Social Biology*, 23(3), 260-264.
- Bellizi, K.M. (2004). Expressions of Generativity and Posttraumatic Growth in Adult Cancer Survivors. *International Journal of Aging & Human Development*, 58 (4), 267-287.
- Beutel, M., Will, H. & Völkl, K. (1995). Erfassung von Trauer am Beispiel des Verlustes einer Schwangerschaft: Entwicklung und erste Ergebnisse zur Validität der Münchner Trauerskala. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie* 53, 45-484.
- Beutel, M. (2002). *Der frühe Verlust eines Kindes. Bewältigung und Hilfe bei Fehl-, Totgeburt und Plötzlichem Kindstod*. Göttingen, Hogrefe.
- Bowlby, J. (1987). *Verlust, Trauer und Depression*. Frankfurt: Fischer.

- Boyle, F.M., Vance, J.C., Najman, J.M. & Thearle, M.J. (1996). The Mental Health Impact of Stillbirth, Neonatal Death or SIDS: Prevalence and Patterns of Distress among Mothers. *Social & Science Medicine* 43 (8), 1273-1282.
- Bucher, H.U. (2006). Powerpointpräsentation für Weiterbildung vom 26.11.2006: Frühgeborene und ihre Eltern – im Spital und danach.
- Bucher, H.U. (2004). Ethische Probleme bei extrem unreifen Frühgeborenen. *Gynäkologische Geburtshilfliche Rundschau*, 44, 25-30.
- Bucher H.U. (2004). Die Entwicklung der Neonatologie: Wie technische Fortschritte zu einem ethischen Dilemma führen. In R. Baumann-Hölzle, C. Müri, M. Christen & B. Bögli (Hrsg.), *Leben um jeden Preis?* (S. 95-105). Bern: Peter Lang.
- Büchi, S. (2002). *Entwicklung, Validierung und klinischer Einsatz von PRISM (Pictorial Representation of Illness and Self Measure), eines Instrumentes zur Erfassung von subjektivem Leidensdruck*. Habilitationsschrift.
- Büchi, S. (2004). Das Leiden von Eltern nach der Geburt eines extreme frühgeborenen Kindes – eine empirische Untersuchung. Projektantrag für SPUK.
- Büchi, S., Mörgeli, H., Schnyder, U., Jenewein, J., Hepp, U., Jina, E., Neuhaus, R., Fauchère, J.C., Bucher, H.U. & Sensky, T. (2007). Grief and Post-Traumatic Growth in Parents 2-6 Years after the Death of their Extremely Premature Baby. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 106-114.
- Calhoun, L.G. & Tedeschi, R. G. (1990). Positive Aspects of Critical Life Problems: Recollections of Grief. *Omaga*, 20 (4), 265-272.
- Caplan, G. (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. New York: Basic Books.
- Carrera, L, Diez-Domingo, J., Montanana, V., Monleon Rancho, J., Minguez, J. & Monleon, J. (1998). Depression in Women Suffering Perinatal Loss. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 62, 149-153.
- Coté-Arsenault, D.(2003). The Influence of Perinatal Loss on Anxiety in Multigravidas. *Journal of Obstetrical Gynecological Neatatal Nursery* 32 (5), 623-629.
- Coté-Arsenault, D., Bidlack, D. & Humm, A.(2001). Women's Emotions and Concerns During Pregnancy Following Perinatal Loss. *American Journal of Maternal Child Nursery* 26 (3), 128-134.
- Csikszentmihalyi, M. (2005). *Flow. Das Geheimnis des Glücks*. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Davis, C.G. & Nolen-Hoeksema, S. (1998). Making Sense of Loss and Benefiting From the Experience: Two Construals of Meaning. *Journal of Personality and Social Psychology* 75 (2), 561-574.
- Davis, C.G. & McKearney, J.M. (2003). How do People Grow from their Experience with Trauma or Loss? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 22 (5), 477- 492.
- Davison, G.D. & Neale, J.M. (1996). *Klinische Psychologie*. Weinheim: Psychologie Verlagsunion.
- Diehl, J.M. & Staufenbiel, D. (2001). *Statistik mit SPSS, Version 10*. Frankfurt: Dietman Klotz.
- Dilthy, W. (1957). *Gesammelte Schriften, Band V*. Stuttgart: Teubner.
- Dyergrov, A. & Dyergrov, K., (1999). Long-term Impact of Sudden Infant Death: a 12- to 15-Year Follow-up. *Death Studies* 23 (7), 635-661.
- Edmonds, S. & Hooker, K. (1992). Perceived Changes in Life Meaning Following Bereavement. *Omega*, 25 (4), 307-318.
- Fankl, V.E. (1982). ... *Und trotzdem Ja zum Leben sagen*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Fiedler, K. (1997). Die Verarbeitung sozialer Informationen für Urteilsbildung und Entscheidungen. In W. Stroebe, M. Hewstone & G. M. Stephenson (Hrsg.). *Sozialpsychologie* (S. 143-175). Berlin: Springer.
- Flick, U. (2000). *Qualitative Forschung*. Hamburg: Rowohlt.
- Forrest, G.C., Standish, E. & Baum, J.D. (1982). Support after Perinatal Death: a Study of Support and Counselling after Perinatal Bereavement. *British Medical Journal*, 285, 1475-1479.
- Franché, R.L. & Bulow, C. (1999). The Impact of a Subsequent Pregnancy on Grief and Emotional Adjustment Following a Perinatal Loss. *Infant Mental Health Journal*, 20 (2), 175-187.
- Fritsch, J. & Sherookee, I. (2004). *Unendlich ist der Schmerz. Eltern trauern um ihr Kind*. München: Kösel.
- Geller, P.A., Kerns, D., Klier, C.M. (2002). Anxiety Following Miscarriage and the Subsequent Pregnancy. A Review of the Literature and Future Directions. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 35-45.
- Glaser, A. & Barney, G. (1998). *Grounded theory: Strategien qualitativer Forschung*. Bern: Huber.

- Heller, S.S. & Zeanah, C.H. (1999). Attachment Disturbances in Infants Born Subsequent to Perinatal Loss: a Pilot Study. *Infant Mental Health Journal*, 20 (2), 188-199.
- Hinz, A. & Schwarz R. (2001). Angst und Depression in der Allgemeinbevölkerung. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie* 51, 193-200.
- Hughes, P., Turton, P., Hopper, E. & McGauley, G.A., (2001). Disorganised Attachment Behaviour among Infants Born Subsequent to Stillbirth. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 42 (6), 791-801.
- Hughes, P.M., Turton, P. & Evans, C.D.H. (1999). Stillbirth as Risk Factor for Depression and Anxiety in the Subsequent Pregnancy: a Cohort Study. *British Journal of Psychiatry*, 318, 1721-1724.
- Hunfeld, J.A., Agterberg, G., Wladimiroff & J.W. Passchier, J. (1996). Quality of Life and Anxiety in Pregnancies after Late Pregnancy Loss: A Case-control Study. *Prenatal Diagnosis* 16 (9), 783-790
- Hunfeld, J.A., Taselaar-Kloos, A.K., Agterberg, G., Wladimiroff, J.W. & Passchier, J. (1997a). Trait Anxiety, Negative Emotions and the Mothers Adaptation to an Infant Born Subsequent to Late Pregnancy Loss: A Case-Control Study. *Prenatal Diagnosis* (17 (9), 843-851.
- Hunfeld, J.A., Wladimiroff, J.W. & Passchier, J. (1997b). The Grief of Late Pregnancy Loss. *Patient Education Counselling* 31(1), 57-64.
- Janssen, H.J., Cuisinier, M.C., Hoogduin, K.A. & de Graauw, K.P., (1996). Controlled Prospective Study on the Mental Health of Women Following Pregnancy Loss. *American Journal of Psychiatry* 153 (2), 226-230.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new Psychology of Trauma*. New York: Free Press.
- Jina, E. (2006). *Eltern nach der Geburt eines extrem Frühgeborenen*. Dissertation Medizinische Fakultät Universität Zürich.
- Kast, V. (1982). *Trauern*. Stuttgart: Kreuz Verlag.
- Klinik für Neonatologie (2005). Internes Arbeitspapier Vorgehen beim Todesfall eines Kindes. Zürich: Klinik für Neonatologie.
- Koletzko, B., Harnack G.A. & Belohradsky, B. H. (2004). *Kinderheilkunde und Jugendmedizin*. Berlin: Springer
- Lasker, J.N. & Toedter, L. J. (1991). Acute Versus Chronic Grief: The Case of Pregnancy Loss. *American Orthopsychiatric Association*, 61 (4), 510-522.

- Lehmann, D.R. & Wortman, C.B. (1987). Long-Term Effects of Losing a Spouse or Child in a Motor Vehicle Crash. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52 (1), 218-231.
- Linley, P. A. & Joseph, S. (2004). Positive Change following Trauma and Adversity: A Review. *Journal of Traumatic Stress*, 17(1), 11-21.
- Linville, P.W. (1987). Self-Complexity as a Cognitive Buffer Against Stress-related Illness and Depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52 (4), 663-676.
- Lorenz, J.M., Paneth, N., Jetton, J.R., den Ouden, L. & Tyson, J.E. (2001). Comparison of Management Strategies for Extreme Prematurity in New Jersey and the Netherlands: Outcomes and Resource expenditure. *Pediatrics*, 108, 1269-1274.
- Lothrop, H. (2002). *Gute Hoffnung – jähes Ende*. München: Kösel.
- Maercker, A. & Zoellner, T. (2004). The Janus Face of Self-Perceived Growth: Toward a Two-Component Model of Posttraumatic Growth. *Psychological Inquiry* 15 (1), 41-48.
- Maercker, A. & Langner, R. (2001). Persönliche Reifung durch Belastungen und Traumata: Validierung zweier deutschsprachiger Fragebogenversionen. *Diagnostica* 47, 153-162.
- Maffezzoni, M. (2003). *Gruppenprozesse bei Entscheidungen zur Lebensfähigkeit von Neugeborenen*. Göttingen: Cuvillier Verlag.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2003). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz.
- McIntosh, D.N., Cohen Silver, R. & Wortman, C.B. (1993). Religion's Role in Adjustment to a Negative Life Event: Coping with the Loss of a Child. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(4), 812-821.
- Mekosh-Rosenbaum & Lasker, J. (2006). Effects of Pregnancy Outcomes on marital Satisfaction: A Longitudinal Study of Birth and Loss. *Infant Mental Health Journal*, 16 (2), 127-143.
- Milam, J.E. (2004). Posttraumatic Growth Among HIV/AIDS Patients. *Journal of Applied Social Psychology*, 34 (11), 2353-2376.
- Moser, K. (2001). *Einführung in die qualitative Forschungsmethodik. Skript zur Vorlesung*. Psychologisches Institut der Universität Zürich, Sozialpsychologie I.



- Murray, J.A., Terry, D. J., Vance, J.C., Battistutta, D. & Connolly, Y. (2000). Effects of a Programm of Intervention on Parental Distress Following Infant Death. *Death Studies*, 24, 275-305.
- Najman, J.M., Vance, J.C., Boyle, F., Embleton, G, Foster, B. & Thearle, J. (1993). The Impact of a Child Death on Marital Adjustment. *Journal of Social Science Medicine*, 37 (8), 1005-1010.
- Nijs, M. (2003). Trauern hat seine Zeit. Abschiedsrituale beim frühen Tod eines Kindes. Göttingen: Hogrefe.
- Park, C.L., Cohen, L.H. & Murch, R.L. (1996). Assessment and Prediction of Stress-Related Growth. *Journal of Personality*, 64 (1), 71-105.
- Petzold, H.G., Goffin, J.J.M. & Oudhof, J. (1996). Protektive Faktoren und Prozesse - die "positive" Perspektive in der longitudinalen, "klinischen Entwicklungspsychologie" und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie. In H. Petzold & J. Spieper (Hrsg.): *Integration und Kreation* (S. 173-266). Paderborn: Junfermann.
- Polatinsky, S. & Esprey, Y. (2000). An Assesement of Gender Differences in the Perception of Benefit Resulting from the Loss of a Child. *Journal of Traumatic Stress*, 14 (4), 709-718.
- Reddemann, L. (2004). Trauer und Neuorientierung: "Es ist was es ist". In U. Sachsse (Hrsg.), *Traumazentrierte Psychotherapie, Theorie, Klinik und Praxis* (S. 311-321). Stuttgart: Schattauer.
- Ritsert, J. (1972). *Inhaltsanalyse und Ideologiekritik. Ein Versuch über kritische Sozialforschung*. Frankfurt: Athenäum.
- Roth, D. & Rehm, L.P. (1980). Relationships among Self-monitoring Processes, Memory and Depression. *Cognitive Therapy Research*, 4, 149-157.
- Ruch, W. (2006). Vom „guten Leben“ - ein Überblick. *Psychoscope*, 9, 6-9.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial Resilience and Protective Mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.
- Schaefer, J. & Moos, R. (1992). Life Crises and Personal Growth. In B. Carpenter (Hrsg.): *Personal Coping: Theory, Research and Application* (S. 149-170). Westport CT: Präger.
- Scheidt, C.E., Waller, N., Wangler, J., Hasenburg, A. & Kersting, A. (2007). Trauerverarbeitung nach Prä- und Perinatalverlust. Prävalenz, klinisches Bild und Behandlung – eine Übersicht über den aktuellen Forschungsstand. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 57, 4-11.

- Schneider, H., Husslein, P. & Schneider, K.T.M. (2000). *Geburtshilfe*. Berlin: Springer.
- Smith, S. G. & Cook, S. L. (2004). Are Reports of Posttraumatic Growth Positively Biased? *Journal of Traumatic Stress*, 17 (4), 353-358.
- Spada, H. (2006). *Lehrbuch allgemeine Psychologie*. Bern: Huber.
- Swanson, K.M. (1999). Effects of Caring, Measurement, and Time on Miscarriage Impact and Women's Well-Being. *Nursing Research*, 48(6), 288-298.
- Taylor, S. E., Wood, J.V. & Lichtman, R.R. (1983). It Could Be Worse: Selective Evaluation as a Response to Victimization. *Journal of Social Issues*, 39 (2), 19-40.
- Tedeschi, R.G. & Calhoun, L.G. (1996). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry* 1 5(1), 1-18.
- Theut, S. K., Moss, H. A., Zaslow, M. J., Rabinovich, B. A., Levin, L., & Bartko, J.J. (2006). Perinatal Loss and Maternal Attitudes Toward the Subsequent Child. *Infant Mental Health Journal*, 13 (2), 157-166.
- Toedter, L.J., Lakser, J.N. & Janssen, H.J. (2001). International Comparison of Studies Using the Perinatal Grief Scale: a Decade of Research on Pregnancy Loss. *Death Studies*, 25, 205-228.
- Turton, P., Bradenhorst, W., Hughes, P., Ward, J., Riches, S. & Withe, S. (2006). Psychological Impact of Stillbirth on Fathers in the Subsequent Pregnancy and Puerperium. *British Journal of Psychiatry*, 188, (165-172).
- Turton, P., Hughes, P., Evans, C.D.H. & Fainman, D. (2001). Incidence, Correlates and Predictors of Post-traumatic Stress Disorder in the Pregnancy After Stillbirth. *British Journal of Psychiatry*, 178, 556-560.
- Ulmer, A., Range, L.M. & Smith, P.C. (1991). Purpose in Life: a Moderator of Recovery from Bereavement. *Omega*, 23 (4), 279-289.
- Uren, T.H. & Wastell C.A. (2002). Attachment and Meaning-Making in Perinatal Bereavement. *Death Studies*, 26, 279-308.
- Vance, J.C., Boyle, F.M., Najman, J.M. & Thearle, M.J. (1995): Gender Differences in Parental Psychological Distress Following Perinatal Death of Sudden Infant Death Syndrome. *British Journal of Psychiatry*, 167 (6), 806-811.
- Von Siebenthal, K. & Baumann-Hölzle, R. (1999). Ein interdisziplinäres Modell zur Urteilsbildung für medizinethische Fragestellungen in der neonatalen Intensivmedizin. *Ethik in der Medizin*, 11, 233-245.

- Werner, E. E. (1995). Resilience in Development. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 81-85.
- Weiss, T. (2002). Posttraumatic Growth in Women with Breast Cancer and Their Husbands: An Intersubjective Validation Study. *Journal of Psychosocial Oncology*, 20 (2), 65-80.
- Weiss, T. (2004). Correlates of Posttraumatic Growth in Husbands of Breast Cancer Survivors. *Psycho-Oncology*, 13, 260-268.
- Wheeler, I. (1994). The Role of Meaning and Purpose in Life in Bereaved Parents Associated with a Self-Help Group: Compassionate Friends. *Omega*, 28 (4), 261-271.
- Wittkowski, J. (1994). *Das Interview in der Psychologie: Interviewtechnik und Codierung von Interviewmaterial*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Witzel, A. (1985). Das problemzentrierte Interview. In G. Jüttemann (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 227-256). Weinheim: Beltz.
- [www.neo.unispital.ch](http://www.neo.unispital.ch)

## Anhang

# 1. Methodik

## 1.1 Interviewleitfaden

### 1. Einleitung: Vorstellen, Kennenlernen, Klärung des Rahmens

- Kennenlernen
- Vorstellen Interviewleiterin
- Zeitlicher und methodischer Rahmen:
- Tonbandgerät
- Fragen

### 2. Einstieg ins Interview: Situation heute, Rückblick auf Schwangerschaft, Klinikaufenthalt, Geburt und Tod des Kindes und Zeit danach

*Für unser Gespräch möchte ich Sie und Ihre Lebensumstände gerne etwas besser kennenlernen. Können Sie mir als erstes Ihre momentane Lebenssituation beschreiben (Familie, Beruf, Wohnort, Pläne)?*

*Sie haben vor x Jahren Ihr Kind auf der Abteilung für Neonatologie zur Welt gebracht und es kurz danach wieder verloren.*

- Schildern der Zeit vor der Geburt und Klinikaufenthalt
- Zeit danach (Beerdigung, Arbeit, Familie)
- Situation jetzt

### 3. Bedeutung des verstorbenen Kindes und weiterer Lebensbereiche während Schwangerschaft, Geburt, erste Monate nach dem Verlust, heute (exploriert anhand von PRISM)

*Ich möchte Sie nun zu einem kleinen Experiment einladen. (PRISM erklären: weisse Scheibe ist Lebensraum, gelber Kreis Interviewpartner als Person)*

- Position der Scheibe für das Kind während Schwangerschaft (1. PRISM)
- Position der Scheibe für das Kind unmittelbar nach seinem Tod (2. PRISM)
- Position der Scheibe für das Kind 6 Monate nach seinem Tod (3. PRISM)
- Position der Scheibe für das Kind heute (4. PRISM)
- Veränderung der Position des verstorbenen Kindes in Zukunft?
- wichtigste andere Lebensbereiche vor Schwangerschaft (1. PRISM ergänzen)
- wichtigste andere Lebensbereiche gleich nach dem Tod des Kindes (2. PRISM ergänzen)
- wichtigste andere Lebensbereiche 6 Monate nach dem Tod des Kindes (3. PRISM ergänzen)
- wichtigste andere Lebensbereiche heute (4. PRISM ergänzen)

#### 4. Leiden allgemein

*Ich möchte nun zu einem neuen Themenkreis kommen.*

*Sie sind durch den Verlust Ihres Kindes mit dem Thema Leiden in Kontakt gekommen. Können Sie mir als erstes beschreiben, was sie ganz allgemein unter Leiden verstehen?*

- *Wie fühlt es sich an?*
- *Welche Eigenschaften hat es?*
- *Gibt es ein Bild, eine Farbe dafür?*

#### 5. Leiden bezogen auf die Situation der Eltern

*Können Sie mir beschreiben, wie sich die leidvolle Situation während des Aufenthaltes in der Klinik und unmittelbar nach dem Tod des Kindes anfühlte? (PRISM 2 aus Thema 4 als Gesprächshilfe hinlegen)*

- *Welche Gefühle hatten Sie? (emotionaler Bereich)*
- *Welche Gedanken gingen Ihnen durch den Kopf und beschäftigten Sie? (kognitiver Bereich)*
- *Inwiefern war Ihr Leiden auch körperlich spürbar? (körperlicher Bereich)*
- *Welche Auswirkungen hatte das Ereignis in Bezug auf Ihre Beziehungen zu anderen Menschen? (sozialer Bereich)*

*Wie fühlte sich Ihre Situation sechs Monate nach dem Tod des Kindes an? (PRISM 3 aus Thema 4 als Gesprächshilfe vorlegen) (emotionale, kognitive, körperliche und soziale Ebene)*

*Wie ist es heute? (PRISM 4 aus Thema 4 als Gesprächshilfe vorlegen) (emotionale, kognitive, körperliche und soziale Ebene)*

#### 6. Persönliche Reifung

*Der Verlust des eigenen Kindes ist wohl eine der schmerzlichsten Erfahrungen im Leben eines Menschen überhaupt. Es gibt Menschen, die eine sehr schwierige Erfahrung machen in ihrem Leben und auch positive Aspekte in dieser Erfahrung sehen können. Inwiefern hatte der Verlust Ihres Kindes auch positive Aspekte für Sie?*

#### 7. Paarbeziehung

*Menschen gehen oft sehr verschieden um mit einem Verlust. Eine grosse Belastung wie Sie sie erlebt haben, kann auch Auswirkungen haben auf eine Paarbeziehung.*

- *Wie haben Sie in dieser Zeit die Beziehung zu Ihrem Partner/Ihrer Partnerin erlebt?*
- *Was war schwierig in Ihrer Partnerschaft in dieser Zeit?*
- *Erinnern Sie sich, inwieweit es für Sie möglich war, sich mit Ihrem Partner/Ihrer Partnerin darüber auszutauschen, was in Ihnen vorging?*

## 8. Schluss

- Erleben des Interviewpartners
- Dank für Gespräch und Offenheit
- Angebot für Kontakt und ev. Weiterbetreuung
- Spesenentschädigung
- Feedback zu Fragebogen und Interview mit Rückantwortcouvert

## 1.2 Repräsentativität der Stichprobe

Tabelle 16: Repräsentativität I der Stichprobe: Vergleich der Eltern mit Bereitschaft zur Interviewteilnahme mit den Eltern ohne Bereitschaft zur Interviewteilnahme bzgl. ausgewählter Variablen (t-Tests für unabhängige Stichproben)

<b>Variable</b>	<b>Vergleich</b>	<b>N</b>	<b>Mean</b>	<b>SD</b>	<b>t</b>	<b>df</b>	<b>p</b>
<i>Alter Eltern bei Verlust des Kindes</i>	bereit	35	32.5 J.	6.15	-	50	n.s.
	nicht bereit	17	33.8 J.	8.52	0.65		
<i>Trauer (Münchner Trauerskala MTS)</i>	bereit	35	2.65	0.57	0.66	50	n.s.
	nicht bereit	17	2.54	0.64			
<i>Persönliche Reifung (PPR)</i>	bereit	35	23.36	7.58	0.94	49	n.s.
	nicht bereit	17	21.19	7.73			
<i>Kohärenzsinn (SOC)</i>	bereit	35	65.81	9.04	-	50	n.s.
	nicht bereit	17	66.10	13.70	0.08		
<i>Soziale Unterstützung (F-SOZU)</i>	bereit	35	61.80	7.73	1.32	50	n.s.
	nicht bereit	17	58.29	11.11			
<i>Ängstlichkeit (HADS-A)</i>	bereit	35	5.97	2.93	-	50	n.s.
	nicht bereit	17	6.76	4.27	0.79		
<i>Depressivität (HADS-D)</i>	bereit	35	3.51	2.90	0.54	50	n.s.
	nicht bereit	17	3.06	2.84			
<i>Einschätzung Glück in der Partnerschaft</i>	bereit	35	1.71	0.83	-	50	n.s.
	nicht bereit	17	1.59	0.71	0.54		

Tabelle 17: Repräsentativität I der Stichprobe: Vergleich der Eltern mit Bereitschaft zur Interviewteilnahme mit den Eltern ohne Bereitschaft zur Interviewteilnahme bzgl. Geschlecht, Zivilstand und Anzahl verstorbener Kinder (Chi-Quadrat-Test)

<i>Variable</i>	<i>Vergleich</i>				<i><math>\chi^2</math></i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Geschlecht Eltern		Mütter	Väter	gesamt			
	bereit	19	16	35	0.79	1	n.s.
	nicht bereit	7	10	17			
	gesamt	26	26	52			
Zivilstand		verheiratet	n. verheiratet	gesamt			
	bereit	35	0	35	-	-	-
	nicht bereit	17	0	17			
	gesamt	52	0	52			
Verstorb. Kind		Einling	Mehrl.	gesamt			
	bereit	26	9	35	0.42	1	n.s.
	nicht bereit	14	3	17			
	gesamt	40	12	52			

Tabelle 18: Repräsentativität II der Stichprobe: Vergleich der Eltern, die zur Teilnahme bereit waren und in die Studie eingeschlossen wurden mit den Eltern, die ebenfalls zur Teilnahme bereit waren, jedoch nicht eingeschlossen wurden, bezüglich ausgewählter Variablen (t-Tests für unabhängige Stichproben)

<i>Variable</i>	<i>Vergleich</i>	<i>N</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Alter Eltern bei Verlust des Kindes	Ja, eingeschlossen	19	32.5 J.	6.83	0.04	33	n.s.
	Ja, nicht eingeschlossen	16	32.4 J.	5.45			
Trauer (Münchener Trauerskala MTS)	Ja, eingeschlossen	19	2.61	0.50	-0.41	33	n.s.
	Ja, nicht eingeschlossen	16	2.69	0.65			
Persönliche Reifung (PPR)	Ja, eingeschlossen	19	25.05	7.20	1.47	33	n.s.
	Ja, nicht eingeschlossen	16	21.35	7.74			
Kohärenzsinn (SOC)	Ja, eingeschlossen	19	65.90	8.20	0.04	33	n.s.
	Ja, nicht eingeschlossen	16	65.75	10.25			
Soziale Unterstützung (F-SOZU)	Ja, eingeschlossen	19	60.68	7.95	-0.93	33	n.s.
	Ja, nicht eingeschlossen	16	63.12	7.48			
Ängstlichkeit (HADS-A)	Ja, eingeschlossen	19	5.78	2.95	-0.40	33	n.s.
	Ja, nicht eingeschlossen	16	6.19	2.97			
Depressivität (HADS-D)	Ja, eingeschlossen	19	3.47	2.86	-0.09	33	n.s.
	Ja, nicht eingeschlossen	16	3.56	3.03			
Einschätzung Glück in der Partnerschaft	Ja, eingeschlossen	19	1.63	0.60	-0.64	33	n.s.
	Ja, nicht eingeschlossen	16	1.81	1.05			



Tabelle 19: Repräsentativität II der Stichprobe: Vergleich der Eltern, die zur Teilnahme bereit waren und in die Studie eingeschlossen wurden mit den Eltern, die ebenfalls zur Teilnahme bereit waren, jedoch nicht eingeschlossen wurden bezüglich Geschlecht, Zivilstand und Anzahl verstorbener Kinder (Chi-Quadrat-Test)

<i>Variable</i>	<i>Vergleich</i>	$\chi^2$ <i>df</i> <i>p</i>		
Geschlecht Eltern	Mütter Väter ge- samt			
	Ja, eingeschlossen	10	9	19
	Ja, n. eingeschlossen	9	7	16
	gesamt	19	16	35
Zivilstand	verheira- tet nicht. verh. ge- samt			
	Ja, eingeschlossen	19	0	19
	Ja, n. eingeschlossen	16	0	16
	gesamt	52	0	35
Verstorben es Kind	Einling Mehr- ling ge- samt			
	Ja, eingeschlossen	13	6	19
	Ja, n. eingeschlossen	13	3	16
	gesamt	26	9	35

Tabelle 20: Für die Beurteilung der Repräsentativität der Stichprobe verwendete standardisierte Fragebogen der quantitativen Untersuchung sowie Item „Glück in der Partnerschaft“

<b>Name Fragebogen</b>	<b>Entwickelt von</b>	<b>Gemessene Themen</b>	<b>Rating - skalen</b>	<b>Anzahl Items/ Berechnung</b>
Münchener Trauerskala MTS	Beutel (1995)	Erlebte Trauer bei Eltern nach Verlust eines frühgeborenen Kindes	1-5	22 Durchschnitt
Posttraumatic Growth Inventory PTGI (Persönliche Reifung)	Tedeschi & Calhoun; Maecker & Langner (2001), deutsche Übersetzung	subjektiv wahrgenommene positive Veränderungen, welche aus kognitiver und emotionaler Verarbeitung von negativen Ereignissen entstehen	1-3	21 Addition
Kohärenzsinn SOC	Antonovsky (1987)	Widerstandskraft gegen Belastungen	1-7	13 Addition
Soziale Unterstützung (F-SOZU)		Subjektive Einschätzung, Hilfe von aussen zu erhalten	1-5	14 Addition
Depressivität (HADS-D)	Hinz (2001)	Subjektive Einschätzung von Depressivität	0-3	7 Addition
Angst (HADS-A)	Hinz (2001)	Subjektive Einschätzung von Angst	0-3	7 Addition
Glück in der Partnerschaft (1=sehr glücklich)	Für Studie konstruierte Skala	Subjektive Einschätzung des Glücks in der Partnerschaft	1-5	1

## 2. Resultate

### 2.1 Themenbereich 1: Erleben der Eltern

Tabelle 21: Kategoriensystem Erleben der Eltern zum Zeitpunkt T1 (während Spitalaufenthalt)

Variablen-Nr.	Variablen-kürzel	Variablennamen	Ausprägung	Definition	Anz. Antw.
<b>A</b>	<b>Er1</b>	<b>Erleben der Eltern während Aufenthalt auf der Neonatologie und unmittelbar danach</b>		<b>Erleben der Eltern auf emotionaler, kognitiver und körperlicher Ebene sowie im sozialen Netzwerk während Aufenthalt auf der Neonatologie und unmittelbar danach</b>	
<b>A1000</b>	<b>Er1Emo</b>	<b>Erleben 1 Emotionen</b>		<b>Emotionen, die in engem Zusammenhang mit dem Verlust des Kindes stehen während Aufenthalt auf der Neonatologie und unmittelbar danach</b>	<b>254</b>
<b>A1100</b>	<b>Er1EmoKind</b>	<b>Erleben 1 Emotionen Kind</b>		<b>Emotionen, die in einem direkten Zusammenhang stehen mit dem neugeborenen Kind</b>	<b>81</b>
A1101	Er1EmoKind Abschied		K1: Abschied	Gefühle von Abschiednehmen, Loslassen von und Trauer um das Kind, Endgültigkeit der Situation	18
A1102	Er1EmoKind Sorge		K2: Sorge und Angst um das Kind	Gefühle von grosser Sorge und Angst um das Wohlergehen des Kindes und Wunsch, alles für sein Überleben tun zu wollen	12
A1103	Er1EmoKind Hoffnung		K3: Hoffnung	Gefühl von Hoffnung, dass alles gut kommt und das Kind überlebt	12
A1104	Er1EmoKind Nähe		K4: Nähe mit Kind	Gefühle von Nähe und Einssein mit Kind	11
A1105	Er1EmoKind Freude		K5: Freude am Kind	Gefühle von Freude, die im Zusammenhang stehen mit dem Kind (Schönheit, Kraft, etc.)	10
A1106	Er1EmoKind Platz		K6: Platz	Wunsch, dem Kind einen angemessenen Platz zu geben (Grab)	5
A1107	Er1EmoKind Leiden		K7: Leiden	Gefühl von Erleichterung, dass das Kind nicht (mehr) leiden muss	3

Tabelle 21: Kategoriensystem Erleben der Eltern zum Zeitpunkt T1 (während Spitalaufenthalt)  
(Fortsetzung 1)

A1108	Er11EmoKind Sterben		K8: Angst, Kind sterben zu sehen	Gefühl, es nicht auszuhalten, das Kind sterben zu sehen, bzw. grosse Belastung durch Warten auf den Tod	2
A1109	Er11EmoKind WunschTod		K9: Todeswünsche	Wunsch, mit verstorbenem Kind zusammen zu sein, Todeswünsche	2
A1110	Er11EmoKind Behind		K10: Sorge vor Behin- derung des Kindes	Gefühle von Sorge, dass das Kind behindert sein könnte	1
A1111	Er11EmoKind Beschützen		K11: Beschützen	Gefühl, das neugeborene Kind beschützen zu wollen	1
A1112	Er11EmoKindWut Kind		K12: Wut auf Kind	Wut auf das frühgeborene Kind, dass es stirbt	1
A1113	Er11EmoKind Distanz		K13: Wunsch nach Dis- tanz	Wunsch nach Distanz zum toten Kind als Selbst- schutz	1
A1114	Er11EmoVerrat		K 14: Verrat	Loyalitätsgefühle dem verstorbenen Kind gegenüber (z.B. Gefühl, das eine verstorbene Kind zu verraten, weil Hoffnung auf das lebende gerichtet wird)	1
A1115	Er11EmoKind SchuldKind		K15: Schuldgefühle	Gefühl von Schuld, in der kurzen Zeit des Lebens des Kindes nicht genug für es da gewesen zu sein (z.B. wegen Narkose)	1
<b>A1200</b>	<b>Er11EmoSelbst</b>	<b>Erleben 1 Emotionen Selbsterleben</b>		<b>Emotionen, die das eigene Erleben betreffen</b>	<b>155</b>
A1201	Er11EmoSeVerarb eit		K1: Verarbeitung	Wunsch, etwas zur Verarbeitung zu tun (z.B. Todes- anzeigen verfassen, Begräbnis gestalten)	22
A1202	Er11EmoSeTrauer		K2: Trauer	Gefühle von Trauer und Traurigkeit, allgemein formu- liert	14
A1203	Er11EmoSeOhnm acht		K3: Ohnmacht, Hilflo- sigkeit	Gefühle von Ausgeliefertsein und Ohnmacht, dem ei- genen Körper gegenüber, in der Situation, als Patten- tin	13

Tabelle 21: Kategoriensystem Erleben der Eltern zum Zeitpunkt T1 (während Spitalaufenthalt)  
(Fortsetzung 2)

<b>Variablen-Nr.</b>	<b>Variablen-kürzel</b>	<b>Variablennamen</b>	<b>Ausprägung</b>	<b>Definition</b>	<b>Anz. Antw.</b>
A1204	Er11EmoSeÜberrump		K4: Überrumpeltsein	Gefühl, von der Plötzlichkeit der Ereignisse überrumpelt zu sein, Boden unter den Füßen verlieren, Überschwemmtwerden von Gefühlen	10
A1205	Er11EmoSeSchmerz		K5: Schmerz	Psychischer Schmerz	9
A1206	Er11EmoSeEnttäusch		K6: Enttäuschung	Gefühl von Enttäuschung, dass die eigenen Träume und Wünsche sich nicht erfüllen	8
A1207	Er11EmoSeKonfront		K7: Konfrontation	Belastung durch die Konfrontation mit Müttern, die ein Kind bekommen haben, Eifersucht auf andere Mütter	7
A1208	Er11EmoWutArzt		K8: Wut auf Arzt	Wut auf Ärzte (vorbehandelnde, untersuchende, behandelnde)	7
A1209	Er11EmoSeDissoz		K9: Schock, Dissoziation	Keinen Zugang haben zu Gefühlen, Gefühle nicht spüren, Schockzustand, Nicht-Wahrhaben-Wollen	6
A1210	Er11EmoSeAblenkung		K10: Ablenkung	Wunsch nach Ablenkung, z.B. durch Arbeit	6
A1211	Er11EmoSeTrost		K11: Trost	Empfinden von Trost durch ein Naturerlebnis, Suchen von Namen, Rituale	5
A1212	Er11EmoSeWut		K12: Wut allgemein	Gefühle von Wut auf das Leben, auf das Schicksal, auf Gott; Gefühl von Ungerechtigkeit	5
A1213	Er11EmoSeKränkung		K13: Kränkung	Gefühl von Kränkung, ohne Kind nach Hause zu kommen, Milcheinschuss zu haben ohne Kind, etc.	4
A1214	Er11EmoSeVorahnung		K14: Vorahnung	Vorahnungen in Form von Gefühlen wie Angst, sich schlecht fühlen, die sich dann bestätigen	4
A1215	Er11EmoSeSchuld		K15: Schuldgefühle	Gefühle, mitverantwortlich zu sein für den Tod des Kindes, Gefühl, etwas falsch gemacht zu haben	4
A1216	Er11EmoSeGefühle		K16: Gefühlsdurcheinander	Rascher Wechsel von Gefühlen, bzw. gleichzeitiges Vorhandensein von Angst, Trauer, Hoffnung, Wut, etc.	3
A1217	Er11EmoSeSorge		K17: Sorge um eigenes Leben,	Gefühl von Sorge um das eigene Leben, bzw. die eigene Gesundheit	3

Tabelle 21: Kategoriensystem Erleben der Eltern zum Zeitpunkt T1 (während Spitalaufenthalt)  
(Fortsetzung 3)

A1218	Er11EmoSe Einsamk		K18: Einsamkeit	Gefühle von Alleinsein und Einsamkeit	3
A1219	Er11EmoSeLeere		K19: Leere	Gefühl von psychischer Leere	3
A1220	Er11EmoSe WunschSS		K20: Wunsch nach neuer SS	Wunsch nach einer neuen SS	3
A1221	Er11EmoSeErleicht		K21: Erleichterung	Gefühl von Erleichterung die Entscheidung über Leben und Sterben des Kindes nicht selbst fällen zu müssen (Situation ist klar, Neonatologen entscheiden Belastung durch Ungewissheit, wie es weitergeht	3
A1222	Er11EmoSe Ungewiss		K22: Ungewissheit	Depressive Gefühle, Ängste, nicht allein sein können	2
A1223	Er11EmoSe Depress		K23: Depression	Starkes emotionales Erleben im Glauben	2
A1224	Er11EmoSeGlaube		K24: Glaube	Gefühl von Erlösung, dass die Spannung vorüber ist, Sit. sich klärt	2
A1225	Er11EmoSe Erlösung		K25: Erlösung	Gefühl, als Mann weniger ins Geschehen miteinbezo- gen zu sein (nicht wertend)	1
A1226	Er11EmoSeAussen		K26: Aussenstehend	Gefühl, keine weitere SS zu wollen	1
A1127	Er11EmoSe keineSS		K27: Ablehnen einer weiteren SS	Gefühl, Kraft sammeln zu wollen für die Situation (z.B. Zusammenhalten der Familie)	1
A1228	Er11EmoSeKraft		K28: Kraft	Belastung durch Notwendigkeit, noch im Spital bleiben zu müssen	1
A1229	Er11EmoSeSpital		K29: Spitalaufenthalt	Angst vor Konfrontation mit Umfeld (Angesprochen- werden, etc.)	1
A1230	Er11EmoSe KonfrontUmfeld		K30: Konfrontation mit Umfeld	<b>Emotionen, die im Zusammenhang mit der Paarbe- ziehung stehen</b>	18
A1300	Er11EmoPaar	<b>Erleben 1 Emotio- nen Paarbeziehung</b>		Gefühl von Sorge um PartnerIn (körperlich und psy- chisch) und Mitteilen	8
A1301	Er1EmoPaSorge		K1: Sorge um PartnerIn	Gefühl von Hilflosigkeit, den Partner nicht adäquat un- terstützen zu können, ihn allein lassen zu müssen	5
A1302	Er11EmoPa Hilflosigkeit		K2: Hilflosigkeit		

Tabelle 21: Kategoriensystem Erleben der Eltern zum Zeitpunkt T1 (während Spitaliaufenthalt)  
(Fortsetzung 4)

Varia- len-Nr.	Variablen- kürzel	Variablenamen	Ausprägung	Definition	Anz. Antw
A1303	Er11EmoPaPaar		K3: Sorge um Paarbe- ziehung	Sorge, dass Paarbeziehung aufgrund des Erlebten auseinanderbrechen könnte	2
A1304	Er11EmoPaSchuld		K4: Schuldgefühle dem Partner gegenüber	Schuldgefühle gegenüber dem Partner (z.B. weil Situ- ation entstanden ist durch eigene Unfruchtbarkeit)	1
A1305	Er11EmoPa Einbezug		K5: Wunsch, den Part- ner einzubeziehen	Wunsch, den Partner in Geburt und Sterben des Kin- des einzubeziehen	1
A1306	Er11EmoPa Eifersucht		K6: Eifersucht auf Part- ner	Eifersucht auf Partner, z.B. dass nur er Kinder bei Tod im Arm hatte	1
A2000	Er11Kog	Erleben 1 Kognitionen		<b>Kognitionen, welche in einem engen Zusammen- hang stehen mit dem Verlust des Kindes während Aufenthalt auf der Neonatologie und unmittelbar danach</b>	<b>46</b>
A2001	Er11KogEthik		K1: Ethische Überle- gungen	Ethische Überlegungen (das Kind nicht halten zu wol- len aus egoistischen Motiven, eigener Wille des Kin- des respektieren, Kind nicht leiden lassen wollen)	13
A2002	Er11KogWarum		K2: Warumfrage	Frage, warum trifft es uns/mich, auch mit Schuldas- pekt (Strafe)	12
A2003	Er11KogVersagen		K3: Eigenes Versagen	Gedanken nach dem eigenen Anteil, nach eigenem Verschulden, Unvermögen	8
A2004	Er11KogOrg		K4: Organisatorisches	Fragen/Sorgen um Organisatorisches, z.B. Versor- gung der anderen Kinder	4
A2005	Er11KogZweifel		K5: Zweifel an Behand- lung	Zweifel an Richtigkeit der med. Behandlung	4
A2006	Er11KogLeere		K6: Gedankliche Leere	Angabe von gedanklicher Leere	2
A2007	Er11KogWerte		K7: Wertfragen	Frage nach den eigenen Werten	1
A2008	Er11KogChance		K8: Entscheidung als Chance	Bewusstsein, dass Tod des Kindes auch eine Chance sein kann	1
A2009	Er11KogSinn		K9: Suche und Antwort nach dem Sinn	Frage nach dem Sinn, Finden von Antworten	1

Tabelle 21: Kategoriensystem Erleben der Eltern zum Zeitpunkt T1 (während Spitalaufenthalt)  
(Fortsetzung 5)

<b>A3000</b>	<b>Er11Kö</b>	<b>Erleben 1 Körper</b>		<b>Körperliche Reaktionen, die in engem Zusammenhang mit dem Verlust des Kindes stehen während der Zeit auf der Neonatologie und unmittelbar danach</b>	<b>12</b>
A3001	Er11KöSchmerz		K1: Körperlicher Schmerz	Empfinden von körperlichen Schmerzen aufgrund des psychischen Schmerzes, bzw. Aggravieren des somatischen Schmerzes (z.B. ausgelöst durch die Geburt, bzw. Kaiserschnitt)	4
A3002	Er11KöVeg		K2: Vegetative Reaktionen	Erleben von vegetativen autonomen Körperreaktionen wie starkes Schwitzen, Zittern, Schlafstörungen	4
A3003	Er11KöDruck		K3: Druckgefühle Brust/Bauchgegend	Körperliche Empfindung von Druck auf der Brust, Klumpen im Bauch, etc.	2
A3004	Er11KöLeere		K4: Körperliche Leere	Empfinden von körperlicher Leere	1
A3005	Er11KöDepers		K5: Depersonalisation	Empfindung von unklaren Körpergrenzen oder sich nicht mehr im Körper zu befinden	1
<b>A4000</b>	<b>Er11Soz</b>	<b>Erleben 1 Soziales Netzwerk</b>		<b>Auswirkungen der belastenden Situation des Verlustes des Kindes auf die sozialen Beziehungen während des Aufenthalts auf der Neonatologie und unmittelbar danach</b>	<b>172</b>
A4001	Er11SozProf		K1: Professionelle Hilfe	Erleben von Unterstützung und Anteilnahme durch professionelle Helfer	59
A4002	Er11SozFF		K2: Nähe zu Familie, Freunden	Erleben von emotionaler Nähe und Verbundenheit und Unterstützung durch Angehörige, Freunde, Bekannte	29
A4003	Er11SozEnttProf		K3: Enttäuschung durch prof. Helfer	Erleben von Enttäuschung durch professionelle Helfer	27
A4004	Er11SozPartner		K4: Verbundenheit mit Partner	Intensives Gefühle von Nähe, Verbundenheit mit und Unterstützung durch Partner	17

Tabelle 21: Kategoriensystem Erleben der Eltern zum Zeitpunkt T1 (während Spitalaufenthalt)  
(Fortsetzung 6)

<b>Variablen-Nr.</b>	<b>Variablen-kürzel</b>	<b>Variablennamen</b>	<b>Ausprägung</b>	<b>Definition</b>	<b>Anz. Antw.</b>
A4005	Er11SozEntFF		K5: Enttäuschung durch Familie und Freunde	Erleben von Enttäuschung durch Angehörige, Freunde und Bekannte, z.B. durch unangemessenes Verhalten, Rückzug, Tabuisierung	12
A4006	Er11SozRückzug		K6: Rückzug	Rückzug aus den sozialen Beziehungen, Wunsch nach Alleinsein, eigenes Verarbeiten	10
A4007	Er11SozInfo		K7: Information der Angehörigen	Wunsch, Angehörige über den Tod des Kindes zu informieren im Sinne eines Selbstschutzes	5
A4008	Er11SozDiff		K8: Differenzierung Freundschaften	Differenzierung in den sozialen Beziehungen, Bewusstwerden des Unterschied zwischen guten Freunden und weiter entfernten Bekannten	3
A4009	Er11SozKinder		K9: Kinder	Einbezug von Geschwistern des Kindes	2
A4010	Er11SozPartner Spann		K10: Spannungen in der Partnerschaft	Angaben von Spannungen in der Partnerschaft, z.B. Entfremdungsgefühle, Schuldzuweisungen	2
A4011	Er11SozSchonung FF		K11: Schonung der Familie	Schonen der Familie durch Zurückhalten von Information	2
A4012	Er11SozPartner Belastung		K12: Belastung Partnerschaft	Auf sich als Paar zurückgeworfen sein als Belastung für die Partnerschaft	2
A4013	Er11SozHaustier		K13: Haustier	Wichtigkeit eines Haustieres als Trostspender	1
A4014	Er11SozInfoBelast		K14: Belastung durch Info	Belastung durch Informieren des Umfeldes	1



Tabelle 22: Kategoriensystem Erleben der Eltern zum Zeitpunkt T2 (6 Monate nach dem Verlust)

Variablen-Nr.	Variablen-kürzel	Variablennamen	Ausprägung	Definition	Anz. Antw
<b>B</b>	<b>Er12</b>	<b>Erleben der Eltern 6 Monate nach Verlust des Kindes</b>		<b>Erleben der Eltern auf emotionaler, kognitiver und körperlicher Ebene sowie im sozialen Netzwerk sechs Monaten nach dem Verlust des Kindes</b>	
<b>B1000</b>	<b>Er12Emo</b>	<b>Erleben 2 Emotionen</b>		<b>Emotionen, die in einem engen Zusammenhang mit dem Verlust des Kindes stehen sechs Monate nach dem Tod des Kindes</b>	<b>112</b>
<b>B1100</b>	<b>Er12EmoKind</b>	<b>Erleben 2 Emotionen Kind</b>		<b>Emotionen, die in einem direkten Zusammenhang mit dem neugeborenen Kind stehen</b>	<b>29</b>
B1101	Er12EmoKind Trauer		K1: Trauer	Gefühle von Trauer und Traurigkeit, klar bezogen auf den Tod des Kindes	9
B1102	Er12EmoKindNähe		K2: Nähe	Gefühl von Nähe und Verbundenheit mit und Liebe für das verstorbene Kind, Hoffnung, dass es ihm gut geht	6
B1103	Er12EmoIntergrat		K3: Integration	Gefühl, das Kind sei Teil von einem selbst, bzw. der Familie, Integration	5
B1104	Er12EmoKindLoyal		K4: Loyalität	Loyalität dem verstorbenen Kind gegenüber (z.B. Gefühl, Kind durch nächste SS zu verraten, Einbezug in Planung nächste SS, etc.)	4
B1105	Er12EmoKindPlatz		K5: Platz	Entlastung, dass Kind in der Form eines Grabes einen Platz bekommen hat	3
B1106	Er12EmoKind Sehnsucht		K6: Sehnsucht	Vermissen des verstorbenen Kindes, Sehnsucht nach ihm	1
B1107	Er12EmoKind WunschTod		K7: Todeswünsche	Wunsch, mit verstorbenem Kind zusammenzusein, Suizidimpulse	1
<b>B1200</b>	<b>Er12EmoSelbst</b>	<b>Erleben 2 Emotionen Selbst-erleben</b>		<b>Emotionen, die das eigene Erleben betreffen</b>	<b>96</b>
B1201	Er12EmoSe AngstSS		K1: Angst während nächster SS	Angstgefühle während der nächsten SS, sorgenvolle Gefühle in Bezug auf eine nächste SS,	10

Tabelle 22: Kategoriensystem Erleben der Eltern zum Zeitpunkt T2 (6 Monate nach dem Verlust)  
(Fortsetzung 1)

Varia- len-Nr.	Variablen- kürzel	Variablenamen	Ausprägung	Definition	Anz. Antw
B1202	Er12EmoSe WunschSS		K2: Wunsch nach SS	Wunsch nach neuer Schwangerschaft, Hoffnung auf neue SS	8
B1203	Er12EmoSeAblenk		K3: Ablenkung	Wunsch nach Ablenkung und Trost im Sinne von Sich etwas Gutes tun, wieder arbeiten gehen, Normalität, Alltag	8
B1204	Er12EmoSeLab		K4: Emotionale Labilität	Emotionale Labilität, Dünnhäutigkeit, emotionales Auf und Ab	7
B1205	Er12EmoSeTrauer		K5: Trauer	Gefühle von Trauer, allgemein formuliert	7
B1206	Lp2EmoSe Konfront		K6: Konfrontation	Belastung durch Konfrontation mit Frauen in SS, mit Kind, Eifersucht auf Eltern mit Kindern, Wut auf Frauen, die Kind nicht wollen	6
B1207	Er12EmoSeDistanz		K7: Distanz zu Trauer	Angabe, dass mehr Distanz zu Trauer vorhanden ist, wieder andere Gefühle Platz haben, aktiv Distanz herzustellen zum Ereignis	6
B1208	Er12EmoSeZeitSS		K8: Noch nicht bereit sein für nächste SS	Gefühl, noch Zeit zu brauchen für eine nächste SS, noch nicht bereit zu sein dafür	5
B1209	Er12EmoSeDepres s		K9: Depressive Gefühle	Depressive Gefühle, Gefühl, Decke fällt einem auf den Kopf, Verlust von Lebensfreude, Leere	5
B1210	Er12EmoSeWut		K10: Wut	Gefühle von Wut auf das Schicksal, das Leben, Gott	5
B1211	Er12EmoSeFreude SS		K11: Freude an nächster SS	Freude wieder schwanger zu sein und Freude auf nächstes Kind	4
B1212	Er12EmoSe Schmerz		K12: Schmerz	Psychischer Schmerz	3
B1213	Er12EmoSe Verdräng		K13: Verdrängen	Verdrängen von Gefühlen für das Kind	3
B1214	Er12EmoSeWut Arzt		K14: Wut auf Ärzte	Wut auf Frauenarzt, Zweifel, ob Behandlung richtig war	3
B1215	Er12EmoSe Enttäusch		K15: Enttäuschung	Gefühl von Enttäuschung, dass sich die Pläne und Wunsch nicht erfüllt haben, Loslassen müssen	2
B1216	Er12EmoSeAkzept		K16: Akzeptieren	Akzeptieren des Geschehenen	2

Tabelle 22: Kategoriensystem Erleben der Eltern zum Zeitpunkt T2 (6 Monate nach dem Verlust)  
(Fortsetzung 2)

B1217	Er12EmoSe Solidarität		K17: Solidarität	Sehnsucht nach Kontakt und Austausch mit Frauen, die dasselbe erlebt haben	2
B1218	Er12EmoSeTod		K18: Tod	Gefühle von Abschied und Trauer im Zusammenhang mit weiteren Todesfällen rund um Verlust des Kindes	2
B1219	Er12EmoSeGlaube		K19: Glaube	Unterstützung durch Glauben, Verbundenheit mit Gott	2
B1220	Er12EmoSeKrise Glaube		K20: Glaubenskrise	Enttäuschung über Gott; Glaubenskrise	1
B1221	Er12EmoSeAllein		K21: Alleingelassensein	Gefühl von Alleingelassen-Sein und Hilflosigkeit	1
B1222	Er12EmoSe GelassenSS		K22: Gelassenheit für nächste SS	Gelassenheit in Bezug auf eine nächste SS, wird kommen, wenn es Zeit ist	1
B1223	Er12EmoSe AngstFam		K23: Ängste	Ängste, dass der Familie etwas zustossen könnte, ausgelöst durch Ereignis	1
B1224	Er12EmoSe Dankbarkeit		K24: Dankbarkeit	Dankbarkeit, dass es nicht schlimmer herausgekom- men ist (z.B. Partnerin noch lebend)	1
B1225	Er12EmoSeDissoz		K25: Dissoziation	Dissoziieren bei Konfrontation mit dem Thema Geburt	1
<b>B1300</b>	<b>Er12EmoPaar</b>	<b>Erleben2 Emotionen Paarbez.</b>		<b>Emotionen, die im Zusammenhang mit der Paarbe- ziehung stehen</b>	<b>4</b>
B1301	Er12EmoPaTrösten		K1: Belastung durch Trösten des Part- ners	Gefühl von Belastetsein durch die Aufgabe, den Part- ner trösten zu müssen (selbst wieder erinnert werden, keine Geduld mehr haben, Hilflosigkeit)	3
B1302	Er12EmoPaSchuld		K2: Schuldgefühle ge- genüber PartnerIn	Schuldgefühle gegenüber PartnerIn (z.B. wegen eige- ner Unfruchtbarkeit)	1
<b>B2000</b>	<b>Er12Kog</b>	<b>Erleben2 Kognitionen</b>		<b>Gedanken, welche in einem engen Zusammenhang mit dem Verlust des Kindes stehen sechs Monate nach dem Tod des Kindes</b>	<b>38</b>
B2001	Er12KogNeubewert		K1: Neubewertung	Kognitive Neubewertung der Situation, des Erlebten, In- tegration von neuer Information, tröstliche Gedanken	14
B2002	Er12KogVersagen		K2: Eigenes Versagen	Gedanken, versagt zu haben, Fragen nach dem eige- nen Anteil	7

Tabelle 22: Kategoriensystem Erleben der Eltern zum Zeitpunkt T2 (6 Monate nach dem Verlust)  
(Fortsetzung 3)

Varia- len-Nr.	Variablen- kürzel	Variablenamen	Ausprägung	Definition	Anz. Antw
B2003	Er12KogWarum		K3: Warumfragen	Frage, warum trifft es uns/mich (auch Schuldaspekt), auch Wut (auf Gott)	6
B2004	Er12KogZweifel		K4: Zweifel	Zweifel an der Richtigkeit der medizinischen Betreuung	4
B2005	Er12KogPrag		K5: Pragmatismus	Rationaler, pragmatischer Umgang mit Erlebtem im Sinne von „solche Dinge gehören zum Leben“	2
B2006	Er12KogStrafe		K6: Strafe	Tod des Kindes wird als Strafe Gottes empfunden	1
B2007	Er12KogBestät		K7: Selbstbestätigung	Wunsch nach einer neuen SS im Sinne einer Selbstbestätigung	1
B2008	Er12KogLeere Leben		K8: Leere in Haus/Leben	Gedanke, wie leer das Haus, das Leben ohne das verstorbene Kind ist	1
B2009	Er12KogEthik		K9: Ethische Überle- gungen	Ethische Überlegungen, z.B. Zweifel an der Richtigkeit der Entscheidung	1
B2010	Er12KogSelbst		K10: Selbstschutz, Ver- antwortung	Entscheidung, besser auf sich zu hören, Verantwort- ung für das eigene Leben besser zu übernehmen	1
<b>B3000</b>	<b>Er12Kö</b>	<b>Erleben2 Körper</b>		<b>Körperliche Reaktionen und Empfindungen, die in einem engen Zusammenhang stehen mit dem Ver- lust des Kindes sechs Monate nach dem Tod des Kindes</b>	<b>10</b>
B3001	Er12KöVeg		K1: Vegetative Reaktio- nen	Vegetative Reaktionen wie hoher Puls, Schwitzen, Herzklopfen	4
B3002	Er12KöSchmerz		K2: Körperlicher Schmerz	Empfinden von körperlichen Schmerzen aufgrund des psychischen Schmerzes	2
B3003	Er12KöBezug		K3: Neuen Bezug fin- den	Erleben eines neuen Bezugs zum eigenen Körper (insb. bei Müttern)	2
B3004	Er12KöDruck		K4: Druckgefühle in Brust/Bauchgegend	Körperliche Empfindung von Druck auf der Brust, Klumpen im Bauch, etc.	1
B3005	Er12KöEnergie		K5: Energielosigkeit	Gefühl von Ausgelaugt-Sein und Energielosigkeit	1

Tabelle 22: Kategoriensystem Erleben der Eltern zum Zeitpunkt T2 (6 Monate nach dem Verlust)  
(Fortsetzung 4)

<b>B4000</b>	<b>Er12Soz</b>	<b>Erleben2 Soziales Netzwerk</b>		<b>Auswirkungen der Krisensituation des Verlustes des Kindes auf die sozialen Beziehungen sechs Monate nach dem Tod des Kindes</b>	<b>115</b>
B4001	Er12SozFF		K1: Nähe zu, Unterstützung von Familie, Freunden, Arbeitsort	Erleben von emotionaler Nähe und Verbundenheit zu Angehörigen und Freunden, Bekannten, Menschen, die ähnliches erlebt haben	28
B4002	Er12SozPartner		K2: Verbundenheit mit Partner	Erleben von emotionaler Verbundenheit, Nähe mit und Unterstützung durch Partner, Zueinanderstehen	17
B4003	Er12SozPartnerSpan		K3: Spannungen in Partnerschaft	Angaben von Spannungen in der Partnerschaft, aufgelöst durch den Tod des Kindes	11
B4004	Er12SozEnttFF		K4: Enttäuschung durch Freude/ Familie	Erleben von Enttäuschung durch Angehörige und Freunde, z.B. durch unangemessenes Verhalten	10
B4005	Er12SozProf		K5: Unterstützung durch prof. Helfer	Erleben von Unterstützung und Anteilnahme durch professionelle Helfer	10
B4006	Er12SozRückzug		K6: Rückzug	Wunsch nach Rückzug und Alleinsein (auch als Paar) im Sinne von aktiver Abgrenzung oder Rückbesinnung auf sich selbst, kein Bedürfnis nach Austausch	9
B4007	Er12SozPartnerTol		K7: Toleranz zu Partner	Angabe von Toleranz in der Partnerschaft, z.B. in Bezug auf unterschiedlichen Umgang mit Tod des Kindes	7
B4008	Er12SozEnttProf		K8: Enttäuschung durch prof. Helfer	Erleben von Enttäuschung durch professionelle Helfer, z.B. durch unangemessenes Verhalten	6
B4009	Er12SozUmgeb		K9: Unsicherheit	Erleben von Unsicherheit und Rückzug der Umgebung	3
B4010	Er12SozDiffF		K10: Differenzierung	Differenzierung in den sozialen Beziehungen, Bewusstwerden des Unterschied zwischen guten Freunden und weiter entfernten Bekannten	3
B4011	Er12SozPartnerSchon		K11: Schonung des Partners	Gefühl, den Partner schonen zu müssen, sich zurücknehmen	2

Tabelle 22: Kategoriensystem Erleben der Eltern zum Zeitpunkt T2 (6 Monate nach dem Verlust)  
(Fortsetzung 5)

Varia- len-Nr.	Variablen- kürzel	Variablennamen	Ausprägung	Definition	Anz. Antw
B4012	Er12SozPartnerDist		K12: Distanz zu Partner	Distanz in der Partnerschaft, ausgelöst durch den Tod des Kindes	2
B4013	Er12SozUnterstütz		K13: Unterstützung des Partners	Notwendigkeit von Unterstützung des Partners	1
B4014	Er12SozPartner Katalys		K14: Partner als Katalysator	PartnerIn als Vorbild, als Katalysator für den eigenen Prozess	1
B4015	Er12SozPartner Angst		K15: Angst um Partnerschaft	Angst, Partnerschaft könnte auseinandergehen	1
B4016	Er12SozSchonung FF		K16: Schonung der Familie	Schonen der Familie durch Zurückhalten von Information	1
B4017	Er12SozAbgrenzFF		K17: Abgrenzung gegenüber Familie	Wunsch nach Abgrenzung gegenüber der Familie durch Nicht-Informieren	1
B4018	Er12SozKinder		K18: Kinder	Wichtigkeit der noch lebenden Geschwister des verstorbenen Kindes, Einbezug der Kinder	1
B4019	Er12SozHaustier		K19: Haustier	Wichtigkeit eines Haustieres als Trostspender	1

Tabelle 23: Kategoriensystem Erleben der Eltern zum Zeitpunkt T3 (3.5 – 6.5 J. nach dem Verlust)

Variablen-Nr.	Variablen-kürzel	Variablennamen	Ausprägung	Definition	Anz. Antw.
C	Er12	Persönliches Erleben Zeitpunkt Interview		Qualität des Erlebens, ausgelöst durch den Verlust des Kindes, emotional, kognitiv und körperlich sowie Auswirkungen auf die sozialen Beziehungen zum Zeitpunkt des Interviews	
C1000	Er13Emo	Erleben 3 Emotionen		Emotionen, die in einem engen Zusammenhang mit dem Verlust des Kindes stehen zum Zeitpunkt des Interviews	83
C1100	Er13EmoKind	Erleben 3 Emotionen Kind		<b>Emotionen, die in einem direkten Zusammenhang mit dem neugeborenen Kind stehen</b>	36
C1001	Er13Emo KindIntegrat		K1: Akzeptanz, Integration	Gefühl, das verstorbene Kind sei Teil der eigenen Person/des eigenen Lebens, gehört ganz selbstverständlich mit zur Familie	15
C1002	Er13EmoKind Trauer		K1: Trauer	Gefühle von Trauer und Traurigkeit	13
C1003	Er13EmoKindNähe		K2: Nähe zu Kind	Emotionale Nähe und Verbundenheit zu Kind (z.B. bei Besuch auf Grab, Geburtstag), Sehnsucht nach Kind	6
C1004	Er13EmoKind Bedauern		K4: Bedauern	Gefühl von Bedauern, das Kind nach der Geburt nur kurz gesehen zu haben, nicht mehr Erinnerungen zu haben, z.B. Fotos	2
C1200	Er11EmoSelbst	Erleben 3 Emotionen Selbsterleben		<b>Emotionen, die das eigene Erleben betreffen</b>	47
C1201	Er13EmoSeDistanz		K1: Distanz zu Gefühlen	Angabe von mehr Distanz zu und Kontrolle über Trauer vorhanden ist, andere Gefühle haben wieder Platz	13
C1202	Er13EmoSe Schmerz		K2: Schmerz	Psychischer Schmerz aufgrund des Verlustes des Kindes	7
C1203	Er13EmoSe AngstSS		K3: Angst für nächste SS	Angst, dass in der nächsten SS wieder etwas schief gehen könnte	4
C1204	Er13EmoSe Akzeptanz		K4: Akzeptanz	Gefühl von voller Akzeptanz dessen, was geschehen ist	4

Tabelle 23: Kategoriensystem Erleben der Eltern zum Zeitpunkt T3 (3.5 – 6.5 J. nach dem Verlust)  
(Fortsetzung 1)

Varia- len-Nr.	Variablen- kürzel	Variablennamen	Ausprägung	Definition	Anz. Antw
C1205	Eri3EmoSe WunschSS		K 5: Wunsch nach neu- er SS	Wunsch nach einer neuen Schwangerschaft	3
C1206	Eri3EmoSe Ablen- kung		K6: Ablenkung	Wunsch/Notwendigkeit nach Ablenkung	2
C1207	Eri3EmoSe Res- senti		K7: Ressentiments	Gefühl von Ohnmacht, nicht die adäquate Behandlung für das Kind bekommen zu haben, Ressentiments	2
C1208	Eri3EmoSe Labilität		K8: Emotionale Labilität	Angabe, noch immer emotional labil zu sein in Bezug auf den Tod des Kindes (gute Zeiten/schlechte Zeiten)	2
C1209	Eri3EmoSe Kon- frontat		K9: Konfrontation	Belastung durch Konfrontation mit Frauen in SS, mit Kind, Eifersucht, Unverständnis gegenüber Frauen, die ihr Kind freiwillig weggeben	2
C1210	Eri3EmoSeLeere		K10: Leeregefühle	Gefühl von Leere	1
C1211	Eri3FreudeSeSS		K11: Freude an nächs- ter SS	Freude über nächste SS	1
C1212	Eri3EmoSe Mut- tergef		K12: Dankbarkeit für Muttergefühle	Dankbarkeit, dass das verstorbene Kind ermöglicht hat, Mutter zu sein.	1
C1213	Eri3EmoSe Empa- thie		K13: Empathie	Gefühl von Verständnis für Menschen, die dasselbe erleben	1
C1214	Eri3EmoSeSchuld		K14: Schuldgefühle	Gefühle, schuld und mitverantwortlich zu sein für den Tod des Kindes, Gefühl, etwas falsch gemacht zu ha- ben	1
C1215	Eri3EmoSeWut		K15: Wut	Wut auf Gott, auf das Leben	1
C1216	Eri3EmoSeÄngste		K16: Ängste	Ängste, dass der Familie etwas zustossen könnte, ausgelöst durch Ereignis	1
C1217	Eri3EmoSe Anzei- geArzt		K17: Anzeige Arzt	Gefühl, fehlbaren Arzt anzuzeigen bringe nichts, hole Kind nicht zurück	1



Tabelle 23: Kategoriensystem Erleben der Eltern zum Zeitpunkt T3 (3.5 – 6.5 J. nach dem Verlust)  
(Fortsetzung 2)

<b>C2000</b>	<b>Eri3Kog</b>	<b>Erleben 3 Kognitionen</b>		<b>Gedanken, welche in einem engen Zusammenhang stehen mit dem Verlust des Kindes zum Zeitpunkt des Interviews</b>	<b>63</b>
C2001	Eri3KogNeubewert			K1: Neubewertung	20
C2002	Eri3KogTrost			K2: Tröstliche Gedanken	13
C2003	Eri3KogZweifel			K3: Zweifel	7
C2004	Eri3KogVersagen			K4: Eigenes Versagen	6
C2005	Eri3KogVorstellung			K5: Vorstellungen	6
C2006	Eri3KogWarum			K6: Warumfragen	5
C2007	Eri3KogPrag			K7: Pragmatismus	2
C2008	Eri3KogEthik			K8: Ethik	1
C2009	Eri3Kog Kinderlosigk			K9: Kinderlosigkeit	1
C2010	Eri3KogSymptome			K10: Körperliche Symptome	1

Tabelle 23: Kategoriensystem Erleben der Eltern zum Zeitpunkt T3 (3.5 – 6.5 J. nach dem Verlust)  
(Fortsetzung 3)

Varia- len-Nr.	Variablen- kürzel	Variablenamen	Ausprägung	Definition	Anz. Antw
<b>C3000</b>	<b>Eri3Kö</b>	<b>Erleben 3 Körper</b>		<b>Körperliche Reaktionen und Empfindungen, die in einem engen Zusammenhang mit dem Verlust des Kindes stehen zum Zeitpunkt des Interviews</b>	<b>5</b>
C3001	Eri3KöSchmerz		K1: Körperlicher Schmerz	Empfinden von körperlichen Schmerzen aufgrund des psychischen Schmerzes	2
C3001	Eri3KöDruck		K2: Druckgefühle in Brust/Bauchgegend	Körperliche Empfindung von Druck auf der Brust, Klumpen im Bauch, etc.	1
C3003	Eri3KöSpann		K3: Körperliche Anspannung	Körperliche Anspannung aufgrund des Verlustes	1
C3004	Eri3KöSymptome		K4: Symptome	Weiterbestehen von körperlichen Symptomen seit Verlust des Kindes	1
<b>C4000</b>	<b>Eri3Soz</b>	<b>Erleben 3 Soziales Netzwerk</b>		<b>Auswirkungen des Verlustes des Kindes auf die sozialen Beziehungen zum Zeitpunkt des Interviews</b>	<b>28</b>
C4001	Eri3SozKind		K1: Nächstes Kind	Wichtigkeit des nächstgeborenen Kindes für das eigene Leben, Freude an nächstem Kind	9
C4002	Eri3SozKinder		K2: Kinder	Einbezug von Geschwistern des Kindes	6
C4003	Eri3SozFF		K3: Nähe zu Familie, Freunden	Erleben von emotionaler Nähe und Verbundenheit zu Angehörigen und Freunden, Bekannten, Empathie	4
C4004	Eri3SozEnttFF		K4: Enttäuschung Freunde/Familie	Erleben von Enttäuschung durch Angehörige und Freunde, z.B. durch unangemessenes Verhalten	3
C4005	Eri3SozPartner		K5: Verbundenheit mit Partner	Erleben von emotionaler Verbundenheit, Nähe mit und Unterstützung durch Partner in Bezug auf den Verlust des Kindes	2
C4006	Eri3SozProf		K6: Unterstützung durch Professionals	Erleben von Unterstützung und Anteilnahme durch professionelle Helfer in Bezug auf das verstorbene Kind oder eine neue SS	2
C4007	Eri3SozPartner Spann		K7: Spannungen in der Partnerschaft	Angaben von Spannungen in der Partnerschaft, ausgelöst durch den Tod des Kindes	1
C4008	Eri3SozFFTro		K8: Trost für Familie	Eigene Familie trösten müssen	1

## 2.2 Themenbereich 2: Belastung und Unterstützung

Tabelle 24: Kategoriensystem Belastung und Unterstützung zum Zeitpunkt T00 (Vorfeld der Schwangerschaft)

Variablen-Nr.	Variablenkürzel	Variablenname	Ausprägung	Definition	Anz. Antw
11	BelastVorgSS	Belastungen im Vorfeld der Schwangerschaft		<b>Erlebnisse und Situationen, die von den Eltern im Vorfeld der Schwangerschaft als belastend bewertet werden.</b>	15
111	BelastVorgMed		K1: Ungünstige körperliche Voraussetzungen	Ungünstige körperliche Voraussetzungen wie z.B. Unfruchtbarkeit des Mannes, damit verbundenen Notwendigkeit von medizinischen Massnahmen für Zustandekommen der SS und dazugehörige belastende Begleitumstände	5
112	BelastVorgSS		K2: Vorhergehende Schwangerschaft unterbrochen	Vorhergehende Schwangerschaft unterbrochen, z.B. durch Abort, andere Frühgeburt	5
113	BelastVorgPart		K3: Schwierigkeiten in der Paarbeziehung	Schwierigkeiten in der Paarbeziehung, Gedanke von Trennung	3
115	BelastVorgKultur		K4: Kulturelle Besonderheiten	Kulturelle Besonderheiten, z.B. ein Partner aus anderer Kultur, wo Kinderwunsch sehr hoch bewertet wird	1
116	BelastVorgPsych		K5: Psychische Probleme	Vorbestehende psychische Probleme des einen Partners	1
15	EntlastVorgSS	Entlastungen im Vorfeld der Schwangerschaft		<b>Erlebnisse und Situationen, die von den Eltern im Vorfeld der Schwangerschaft als hilfreich und unterstützend bewertet werden und in einem Zusammenhang mit der Schwangerschaft stehen.</b>	1
151	EntlastVorgSSMed		K1: Medizinische Massnahmen	Medizinische Massnahmen greifen wider Erwarten gut, z.B. rasche SS bei in-vitro-Fertilisation	1

Tabelle 25: Kategoriensystem Belastung und Unterstützung zum Zeitpunkt T0 (während Schwangerschaft)

Variablen-Nr.	Variablenkürzel	Variablenname	Ausprägung	Definition	Anz. Antw
21	BelastSS	Belastungen während der Schwangerschaft		<b>Ergebnisse und Situationen während der Schwangerschaft, die von den Eltern als belastend bewertet werden</b>	20
211	BelastSSArzt		K1: Mangelhafte ärztliche Betreuung	Fehlverhalten von Ärztinnen (z.B. keine volle Krankenschreibung trotz RisikoSS, Untersuchung verzögert, Infos zurückgehalten)	6
212	BelastSSArbeit		K2: Arbeitssituation	Belastung durch Arbeitssituation (z.B. SS vom Arbeitgeber nicht erwünscht)	5
213	BelastSSMed		K3: Medizinisches, Soziales	Belastung durch medizinische Komplikationen (z.B. Blutungen, Cerdage)	4
214	BelastSSWunsch-Kind		K4: Kein Kinderwunsch, zuerst Erschrecken	Kein Kinderwunsch vorhanden, Erschrecken, ev. auch negative Erfahrungen vorher (Abort)	2
215	BelastSSPsycho-somat		K5: Psychosomatische Beschwerden	Psychosomatische Symptome aufgrund von Anspannung	1
216	BelastSSAngst		K6: Angst vor erneutem Verlust des Kindes	Angst, nochmals ein Kind zu verlieren	1
217	BelastSSFam		K7: Familiäres	Familiäre Belastungen, z.B. kranke Eltern	1
25	EntlastSS	Entlastendes während der Schwangerschaft		<b>Ergebnisse und Situationen während der Schwangerschaft, die von den Eltern als entlastend und hilfreich bewertet werden</b>	8
251	EntlastSSPartner		K1: Partner	Unterstützung durch Partner, z.B. durch Freude an SS	3
252	EntlastSSFF		K2: Familie/Freunde	Wissen und Spüren von Unterstützung durch Freunde und Familie	3
253	EntlastungSSProf		K3: Professionelle Betreuung	Gute professionelle Betreuung, z.B. bei MehrlingsSS: Anschauen des Spitals im Voraus	2

Tabelle 26: Kategoriensystem Belastung und Unterstützung zum Zeitpunkt T1 (während Hospitalisation)

31	BelastSpital	Belastungen während Hospitalisation		Erlebnisse und Situationen während der Hospitalisation und in der Zeit rund um die Geburt des Kindes, die von den Eltern als belastend bewertet werden	170
311	BelastSpitGefühle		K1: Gefühle	Gefühle von Trauer, Schmerz, Loslassen, Enttäuschung, Angst	53
312	BelastSpitProf		K2: Professionellen Helfern	Belastungen durch das Verhalten von prof. Helfern (schmerzhaft med. Behandlung, Wechsel Personal, fehlendes Einfühlungsvermögen)	23
313	BelastSpitSet		K3: Setting im Krankenhaus	Belastung durch Setting im Spital, z.B. Räumlichkeiten, Bürokratie, fremde Umgebung, etc.	16
314	BelastSpitGefähr		K4: Gefährdung der Mutter	Gefährdung des Lebens der Mutter durch medizinische Situation	11
315	BelastSpitAbschiedKind		K5: Abschied vom Kind	Belastung durch endgültiges Abschiednehmen vom Kind	10
316	BelastSpitGedank		K6: Gedanken	Belastende Gedanken, z.B. Versagen, Frage nach dem Warum	10
317	BelastSpitPartner		K7: Partnerschaft	Belastung durch Partnerschaft, z.B. Sorge um Partner, Schuldgefühle gegenüber Partner, Eifersucht auf Partner	9
318	BelastSpitKörper		K8: Körperliches Erleben	Belastungen durch körperliches Erleben, z.B. starke Schmerzen, Kraftlosigkeit, Milcheinschuss	9
319	BelastSpitKonfron		K9: Konfrontation mit lebenden Kindern	Belastung durch Konfrontation mit lebenden Kindern, z.B. auf Abteilung, im Nebenzimmer	7
320	BelastSpitPsychosomat		K10: Psychosomatische Beschwerden	Psychosomatische Beschwerden, z.B. Klumpen im Hals, Schmerzen, Schwitzen, Herzklopfen	7
321	BelastSpitDissoz		K11: Dissoziation	Dissoziieren von Gefühlen, sich nicht mehr spüren, verfließende Körpergrenzen	4

Tabelle 26: Kategoriensystem Belastung und Unterstützung zum Zeitpunkt T1 (während Hospitalisation)  
(Fortsetzung 1)

<b>Variablen-Nr.</b>	<b>Variablenkürzel</b>	<b>Variablennamen</b>	<b>Ausprägung</b>	<b>Definition</b>	<b>Anz. Antw</b>
322	BelastSpitFF		K12: Freunde und Familie	Belastungen durch Freunde und Familie, z.B. ungeschickte Bemerkungen, Sorge um Familie	3
323	BelastSpitZeitd		K13: Zeitdruck	Belastung durch Zeitdruck für Entscheidung in der Situation	2
324	BelastSpitGlaube		K14: Glaubenskrisen	Fragen wie z.B. warum Gott einem dies antut	2
325	BelastSpit-Geschwist		K15: Versorgen der Geschwister	Sorge um Kinder zu Hause, Informieren müssen, Betreuung organisieren	2
326	BelastSpitSehnsucht		K16: Sehnsucht nach verstorbenem Kind, Todessehnsucht	Starke Sehnsucht nach Vereinigung mit dem verstorbenen Kind, Todessehnsucht	1
327	BelastSpitAbwes		K17: Geburt und Tod der Kinder nicht miterlebt haben	Enttäuschung, Schuldgefühle, während Geburt und Versterben der Kinder nicht anwesend gewesen zu sein, z.B. wegen Narkose	1
<b>35</b>	<b>EntlastSpit</b>	<b>Entlastendes während Hospitalisation</b>		<b>Erlebnisse, Situationen, die von den Eltern während der Hospitalisation und in der Zeit rund um die Geburt des Kindes, als unterstützend und hilfreich bewertet werden</b>	<b>193</b>
351	EntlastSpitProf		K1: Professionelle Helfer	Entlastung durch Verhalten von professionellen Helfern, z.B. einfühlsames Verhalten, Ernstnehmen von Wünschen, Anteilnahme, unbürokratisches Vorgehen, wo nötig	47
352	EntlastSpitRit		K2: Rituale	Entlastung durch Rituale, wie Fotos machen, Tierchen zum Kind legen, Kind im Zimmer haben, in den Sarg legen, Sarg nach Hause bringen	33
353	EntlastSpitPartn		K3: Partner	Entlastung durch Nähe und Verbundenheit mit Partner, z.B. gleiche Einstellung in Bezug auf Lebensverlängerung für Kind, Anwesenheit des Partners	26

Tabelle 26: Kategoriensystem Belastung und Unterstützung zum Zeitpunkt T1 (während Hospitalisation)  
(Fortsetzung 2)

354	EntlastSpitFF		K4: Freunde und Familie	Unterstützung von Freunden und Familie, Arbeitskollegen	23
355	EntlastSpitKind		K5: Nähe zum Kind	Nähe zum Kind wird als Entlastung, schöner Moment empfunden, Staunen über Kind	18
356	EntlastSpitEthik		K6: Ethische Überlegungen	Ethische Überlegungen, die helfen, die Situation zu akzeptieren (z.B. es ist der Wille des Kindes, nichts erzwingen wollen, Kind soll keine Schmerzen haben)	13
357	EntlastSpitSet		K7: Setting im Spital	Entlastendes durch Setting (z.B. Ehemann darf im Spital übernachten, Einzelzimmer, unkomplizierter Aus tritt: Kind im Zimmer behalten dürfen)	12
358	EntlastSpitGefühl		K8: Wohltuende Gefühle	Wohltuende Gefühle, z.B. Hoffnung für das Kind	10
359	EntlastSpitNeubewert		K9: Neubewertung der Situation	Neubewertung der Situation, z.B. neue Chancen sehen, tröstliche Gedanken	5
360	EntlastSpitAblenk		K10: Ablenkung	Ablenkung, z.B. Arbeit wird als wohltuend und stabilisierend empfunden	2
361	EntlastSpitneueSS		K11: Wunsch nach neuer Schwangerschaft	Wunsch und Hoffnung für neue Schwangerschaft	1
362	EntlastSpitEinbezug		K12: Einbezug der Geschwister	Einbezug der Geschwister wird als wichtig und berührend erlebt	1
363	EntlastSpitGlaube		K13: Glauben	Glaube wird als kraftspendend erlebt	1
364	EntlastSpitKraft		K14: Erleben der eigenen Kraft	Spüren und Erleben der eigenen Kraft, gewachsen durch Lebenserfahrung	1

Tabelle 27: Kategoriensystem Belastung und Unterstützung zum Zeitpunkt T2 (6 Monate nach dem Verlust)

Variablen-Nr.	Variablenkürzel	Variablenname	Ausprägung	Definition	Anz. Antw
41	BelastungZH	Belastungen während der Zeit nach dem Tod des Kindes zu Hause		Ergebnisse und Situationen, die von den Eltern in der Zeit nach dem Tod des Kindes in der ersten Verarbeitungs- und Trauerphase (ca. erste 6 Monate) als belastend bewertet werden	151
411	BelastZHGefühle		K1: Gefühle	Belastende Gefühle wie Schuld, Trauer, Wut	35
412	BelastungZHFF		K2: Freunde, Familie, Umfeld	Belastung durch Freunde/Familie/Umfeld z.B. durch ungeschickte Bemerkungen, Unsicherheit der Umgebung, Schönen der Familie	20
413	BelastZHPartner		K3: Partnerschaft	Belastung in der Partnerschaft, z.B. durch den verschiedenen Umgang mit der Situation, Trösten müssen, Schuldgefühle, Vorwürfe	16
414	BelastZHPProf		K4: Prof. Helfer	Belastung durch prof. Helfer, z.B. ungeschickte Bemerkungen, Bürokratie bei Ämtern, Bewusstwerden über ungenügende medizinische Behandlung,	16
415	BelastZHGedank		K5: Gedanken	Belastende Gedanken, z.B. Warum-Frage, eigenes Versagen	9
416	BelastungZHSS		K6: Angst vor/während nächster SS	Belastung durch Angst vor oder während nächster SS, Komplikationen während nächster SS	7
417	BelastungZH-Konfront		K7: Konfrontation mit Frauen in SS	Belastung durch die Konfrontation mit Frauen, die schwanger sind oder ein Baby haben	6
418	BelastZHWohnen		K8: Wohnsituation	Belastung durch Wohnsituation, z.B. leeres Schlafzimmer, Ausbau des Hauses, der dann nicht gebraucht wird, aber auch ohne Kind nach Hause kommen	5
419	BelastZHGlaube		K9: Glaubenskriese	Gefühl von Enttäuschung vom Glauben	5
420	BelastZHEinsam		K10: Einsamkeit	Belastung durch Einsamkeit, auf sich zurückgeworfen zu sein, Decke fällt einem auf den Kopf	4



Tabelle 27: Kategoriensystem Belastung und Unterstützung zum Zeitpunkt T2 (6 Monate nach dem Verlust)  
(Fortsetzung 1)

421	BelastZHAArbeit		K11: Arbeit	Gefühl, es sei nicht richtig bei der Arbeit zu sein, eigentl. wäre der Platz zu Hause mit dem Kind, Trauer hat keinen Platz an Arbeitsstelle	4
422	BelastZHPsychosom		K12: Psychosomatische Reaktionen	Psychosomatische Reaktionen, wie z.B. Druck auf der Brust, Schwitzen	3
423	BelastZHKontakt		K13: Angst vor Kontakt, Angesprochenwerden	Angst vor Situationen, in denen man angesprochen werden könnte auf das Geschehene, Belastetsein durch Angesprochenwerden	3
424	BelastZHErinn		K14: Erinnerungen	Belastende Erinnerungen, z.B. Entbindungstermin	3
425	BelastZHFam		K15: Familiäres	Belastung durch Familiäres, z.B. fast zeitgleicher Tod der Eltern	2
426	BelastZHEmotlab		K16: Emot. Labilität	Dünnhäutigkeit, emotionale Labilität	2
427	BelastZHAbschiedKind		K17: Abschied vom Kind	Der endgültige Abschied vom Kind wird als belastend erlebt (z.B. bei der Beerdigung)	2
428	BelastZHSetting		K18: Setting	Setting: z.B. Nachbetreuung, ohne dass Kind da ist	1
429	BelastZHUmstell		K19: Umstellung auf neue Situation	Familienplanung eigentlich abgeschlossen, trotzdem nochmals Kind, Kind überlebt nicht wird als belastend empfunden	1
430	BelastZHTräume		K20: Träume	Alpträume, von den Kindern	1
431	BelastZHMED		K21: Medizinisches	Folgen von Infekt., HELLP, etc. somatische Beschwerden, die persistieren	1
432	BelastZHKörper		K22: Körper	z.B. Milcheinschuss, Hormonelle Umstellungen	1
45	EntlastZHUnterstützen-des/Hilfreiches nach dem Tod des Kindes zu Hause			<b>Erlebnisse und Situationen, die von den Eltern in der Zeit nach dem Tod des Kindes in der ersten Verarbeitungs- und Trauerphase (ca. 6 Monate) als hilfreich und unterstützend bewertet werden</b>	<b>187</b>
451	EntlastZHHF		K1: Freunde, Familie	Hilfe und Unterstützung durch Freunde und Familie, Arbeitgeber, Bekannte	41
452	EntlastZHRit		K2: Rituale	Rituale wie Beerdigung, Karte verschicken, Grab bepflanzen, Kerzen anzünden	24

Tabelle 27: Kategoriensystem Belastung und Unterstützung zum Zeitpunkt T2 (6 Monate nach dem Verlust)  
(Fortsetzung 2)

Variablen-Nr.	Variablenkürzel	Variablenname	Ausprägung	Definition	Anz. Antw.
453	EntlastZHPartner		K3: Partnerschaft	Entlastung durch Unterstützung, Anteilnahme des Partners, neue Projekte in der Beziehung, Verbunden sein	22
454	EntlastungZHProf		K4: Professionelle Helfer	Unterstützung durch professionelle Helfer, z.B. Pfarrer, Ärzte	14
455	EntlastZHNebewert		K5: Gedanken von Neubewertung	Neubewertung, z.B. ärztliche Informationen, tröstliche Gedanken	13
456	EntlastZHGrab		K6: Vorhandensein eines Grabes	Grab des Kindes, Platz wo man es besuchen kann, ist hilfreich, ermöglicht Nähe zum Kind	12
457	EntlastZHAblenkung		K7: Ablenkung	Entlastung durch Ablenkung, Arbeit, Ferien	12
458	EntlastZHAusdruck		K8: Ausdrücken der Gefühle	Entlastung durch die Möglichkeit, Gefühle auszudrücken, Reden, Weinen	10
459	EntlastZHSolidar		K9: Solidaritätserlebnis	Suche nach und Kontakt zu Menschen, die Ähnliches erlebt haben	8
460	EntlastZHGlaube		K10: Glaube	Unterstützung, Halt im Glauben	6
461	EntlastZHneueSS		K11: Wunsch nach neuer SS	Ausrichtung auf neuer SS; Freude über neue SS; Hoffnung auf neue SS	6
462	EntlastZHintegrat		K12: Integration des Kindes	Das verlorene Kind wird als Teil seiner selbst empfunden	4
463	EntlastZHHaustier		K13: Haustier	Haustier als Gefährte und Trost	2
464	EntlastZHKörper		K14: Körper	Neuen Bezug zum Körper finden, z.B. durch Sport; Vertrauen in Körper wieder aufbauen	2
465	EntlastZHAkzept		K15: Akzeptanz	Akzeptieren dessen, was geschehen ist	2
466	EntlastZHPriori		K16: Prioritäten	Bewusstsein, dass es wichtig ist, Prioritäten für das eigene Leben zu setzen	2
467	EntlastZHAbschied		K17: Abschied von Kind	Möglichkeit, in Ruhe vom Kind Abschied nehmen zu können	2

Tabelle 27: Kategoriensystem Belastung und Unterstützung zum Zeitpunkt T2 (6 Monate nach dem Verlust)  
(Fortsetzung 3)

Variablen-Nr.	Variablenkürzel	Variablenname	Ausprägung	Definition	Anz. Antw.
468	EntlastZH Nähe-Kind		K18: Nähe zum Kind	Innere Nähe zum Kind wird als wohltuend empfunden	1
469	EntlastZH Gefühle		K19: Gefühle	Angenehme Gefühle wie Liebe, Hoffnung	1
470	EntlastZH Schutz		K20: Verschicken der Todesanzeige als Schutz	Todesanzeigen schützen vor Fragen aus der Umgebung, bieten Schutz	1
471	EntlastZH Gelass		K21: Gelassenheit	Gelassenheit in Bezug auf eine neue SS	1
472	EntlastZH Musik Yoga		K22: Musik als etwas Wohltuendes	Heilsamkeit von Musik und Yoga	1

Tabelle 28: Kategoriensystem Belastung und Unterstützung zum Zeitpunkt T3 (6 Monate bis 3.5 - 6.5 Jahre nach dem Verlust)

Variablen-Nr.	Variablenkürzel	Variablennamen	Ausprägung	Definition	Anz. Antw.
5	Belastspäter/heute	Belastungen zu einem späteren Zeitpunkt		Erlebnisse und Situationen, die von den Eltern als belastend bewertet werden nach Ablauf der ersten Verarbeitungs- und Trauerphase, d.h. mehr als 6 Monate nach dem Tod des Kindes bis zum Zeitpunkt des Interviews.	86
511	BelastspätGefühle		K1: Gefühle	Belastende Gefühle wie Trauer, Schmerz, Wut, etc.	14
512	BelastspätGedank		K2: Gedanken	Belastende Gedanken, z.B. Warum-Fragen, Frage nach eigenem Versagen	13
513	BelastspätSS		K3: Belastung während nächster SS	Angst während nächster SS, nächste SS wird vorsichtig angegangen, Grundvertrauen fehlt	12
514	BelastspätProf		K4: Zweifel am med. Behandlung	Rückwirkende Erkenntnis, dass vermutlich med. Fehler passiert sind, Zweifel am med. Behandlung	11
515	BelastspätErinn		K5: Erinnerungen	Erinnerungen wie Bilder, Jahrestag, Orte werden als belastende Trigger, die Trauer wieder auslösen, erlebt	9

Tabelle 28: Kategoriensystem Belastung und Unterstützung zum Zeitpunkt T3 (6 Monate bis 3.5 - 6.5 Jahre nach dem Verlust)  
(Fortsetzung 1)

Varia- len-Nr.	Variablenkürzel	Variablennamen	Ausprägung	Definition	Anz. Antw
516	BelastspätPsychosomat		K6: Psychosomatische Reaktionen	Körperliche Reaktionen wie Herzklopfen, allg. körperliche Anspannung, Rückenschmerzen, die mit dem Verlust des Kindes in Zusammenhang gebracht werden	5
517	BelastspätPartner		K7: Partnerschaft	Belastungen in der Partnerschaft, z.B. Sexualität, Schuldzuweisungen, Mitleiden	4
518	BelastspätKonfron		K8: Konfrontation mit Müttern mit lebenden Kindern	Konfrontation mit Müttern mit lebenden Kindern wird noch immer als belastend erlebt, Eifersucht	2
519	BelastspätKinderw		K9: Unerfüllter Kinderwunsch	Unerfüllter Kinderwunsch als Leere erlebt, Frage nach Kinderwunsch ungeklärt	2
520	BelastspätVerlustnaKind		K10: Verlust eines weiteren Kindes während nächster SS	Nochmaliger Verlust eines nächsten Kindes vor der Geburt	2
521	Belastspätverpasst		K11: Bedauern über Verpasstes	Bedauern über Dinge, die verpasst wurden, z.B. Kinder der nicht lange gesehen, keine Fotos gemacht.	2
522	BelastspätNarbe		K12: Seelische Narbe, die bleibt	Gefühl, dass eine Narbe bleibt durch das Erlebnis	2
523	BelastspätFF		K13: Freunde, Familie,	Belastung durch Umgebung, z.B. unvorsichtige, verletzende Bemerkungen	2
524	BelastspätFam		K14: Familiäre Belastungen	Zusätzliche familiäre Belastungen z.B. Krankheit, Tod der Eltern zum heutigen Zeitpunkt Unterstützen der Familie in Bezug auf den Verlust des Kindes	2
525	BelastspätAngst		K15: Angst um Familie	Angst, es könnte der Familie etwas geschehen	1
526	BelastspätEinsam		K16: Gefühl von Einsamkeit, Unverstandensein	Gefühl, dass niemand die noch immer vorhandene Trauer, z.B. auch in Form von psychosomatischen Beschwerden versteht	1
527	BelastspätKultur		K17: Kultur	Belastung durch Unbehagen hier zu leben (kulturelle Unterschiede)	1
528	BelastspätMed		K18: Medizinisches	Bleibende körperl. Beschwerden seit Verlust d. Kindes	1

Tabelle 28: Kategoriensystem Belastung und Unterstützung zum Zeitpunkt T3 (6 Monate bis 3.5 - 6.5 Jahre nach dem Verlust)  
(Fortsetzung 2)

55	Entlastspäter/heute	Entlastendes/ Unterstützendes zu einem späteren Zeitpunkt		Erlebnisse und Situationen, die von den Eltern als hilfreich und unterstützend bewertet werden nach Ablauf der ersten Verarbeitungs- und Trauerphase, d.h. mehr als 6 Monate nach dem Tod des Kindes bis zum Zeitpunkt des Interviews.	178
551	EntlastspätNeubewert		K1: Neubewertung	Entlastung durch Neubewertung der Situation, Integration von med. Information, Sinnfindung, tröstliche Gedanken, aber auch pragmatische Einstellung	29
552	EntlastspätPartner		K2: Vertiefung der Partnerschaft	Vertiefen der Partnerschaft durch das gemeinsame Durchgestandene, Wertschätzung von Partner, Verständnis durch Partner	14
553	EntlastspätIntegrat		K3: Integration des Kindes	Kind ist Teil von einem Selbst, der Familie, ist emotional integriert	12
554	Entlastungspät Abstand		K4: Abstand von Gefühlen	Gefühle sind weniger akut, Abstand dazu, Kontrolle darüber	11
555	EntlastspätFreunde		K5: Freundschaften	Vertiefen von Freundschaften, Entstehen von neuen Freundschaften durch das Ereignis ist bereichernd	9
556	EntlastspätKinder		K6: Glück durch nächste Kinder	Gefühl von Glück und Zufriedenheit durch die Geburt der nächsten Kinder	9
557	EntlastspätEmpath		K7: Verbesserung der Empathiefähigkeit	Sich besser einfühlen können in Menschen in schwierigen Lebenssituationen, besserer Umgang damit wird als Bereicherung empfunden	8
558	EntlastspätGrab		K8: Grab	Entlastung durch Besuch/Vorhandensein eines Grabes	8
559	EntlastspätSpir		K9: Spiritualität, Glaube	Vertiefen oder Neuentdecken von Spiritualität, Glauben, Sinnverständnis	7

Tabelle 28: Kategoriensystem Belastung und Unterstützung zum Zeitpunkt T3 (6 Monate bis 3.5 - 6.5 Jahre nach dem Verlust)  
(Fortsetzung 2)

Varia- len-Nr.	Variablenkürzel	Variablenname	Ausprägung	Definition	Anz. Antw
560	EntlastspätneueSS		K10: Wunsch nach neuer SS bei noch immer unerfülltem Kinderwunsch	Wunsch nach und Hoffnung auf und Freude über nächste SS bei noch immer unerfülltem Kinderwunsch	6
561	EntlastspätWert-schätzKind		K11: Wertschätzung von Kindern	Wertschätzung von Kindern, Kinder sind keine Selbstverständlichkeit mehr	5
562	EntlastspätProf		K12: Professionelle Hilfe	Rückblickend oder aktuell gute prof. Unterstützung	5
563	EntlastspätWert-schätz		K13: Wertschätzung des Lebens	Wertschätzung des Lebens allgemein, dessen was man erreicht hat	5
564	EntlastspätTod		K14: Bewusstsein, dass Tod zum Leben gehört	Bewusstwerden, dass der Tod zum Leben gehört wird als positiv erlebt	5
565	EntlastspätEntwick		K15: Eigene Entwicklung	Entwicklung der eigenen Person (z.B. neue Hobbies, neue berufliche Entwicklung), welche durch das Ereignis ausgelöst wurde, wird als Bereicherung empfunden	5
566	EntlastspätPriorität		K16: Prioritäten setzen	Spüren der Prioritäten für das eigene Leben wird als positiv erlebt	4
567	EntlastspätSelbst		K17: Besseres Selbstverständnis	Sich mehr für sich und seine Belange einsetzen, sich besser kennenlernen, eigene Wünsche respektieren wird als positiv eingeschätzt	4
568	EntlastspätRit		K18: Rituale	Entlastung durch Rituale, z.B. Todestag begehen, Fotos ansehen, Grab bepflanzen	4
569	EntlastspätKraft		K19: Eigene Kraft	Durch Bewältigung der Situation Kennenlernen der eigenen Kraft wird als positiv erlebt	3
570	EntlastspätGelass		K20: Gelassenheit	Entstehen von Gelassenheit dem Leben gegenüber wird als positiv erlebt	3
571	EntlastspätTol		K21: Toleranz	Mehr Toleranz gegenüber von anderen wird als positiv erlebt	3

Tabelle 28: Kategoriensystem Belastung und Unterstützung zum Zeitpunkt T3 (6 Monate bis 3.5 - 6.5 Jahre nach dem Verlust)  
(Fortsetzung 2)

572	EntlastspätAblenk		K22: Ablenkung	Dinge, die ablenken, z.B. Arbeit werden als entlastend erlebt	2
573	EntlastspätMutter		K23: Dankbarkeit für Muttergefühle	Gefühl von Dankbarkeit, durch die SS Muttersein erlebt zu haben, wird als positiv erlebt	2
574	EntlastspätEthik		K24: Ethische Überlegungen	Überzeugung, ethisch richtig gehandelt zu haben ist entlastend	2
575	EntlastspätNähe-Kind		K25:Nähe zum verstorbenen Kind	Gefühle von Nähe und in Kontakt sein mit dem verstorbenen Kind, angenehme Erinnerungen	2
576	EntlastspätEinbezug		K26: Einbezug von Geschwistern	Einbeziehen der Geschwister, z.B. beim Besuch auf dem Grab, Fotos zeigen, etc.	2
577	EntlastspätAkzept		K27: Akzeptieren	Akzeptieren dessen was geschehen ist	2
578	EntlastspätGedank		K28: Gedanken	Entlastung durch hilfreiche Gedanken, z.B. nichts verpasst zu haben, alles mögliche getan zu haben	2
579	EntlastspätArbeit		K29: Arbeit	Arbeitsstelle mit Verständnis für Kinder	1
580	EntlastspätAusdruck		K30: Ausdruck	Ausdrücken, Erzählen wird als Entlastung erlebt	1
581	EntlastspätFam		K31: Neue Erfahrung als Familie	Prozess wird für Familie als bereichernde Erfahrung gewertet	1
582	EntlastspätVerarb		K32: Aktives Aufarbeiten	Aktives Aufarbeiten, z.B. nochmals Erinnerungsstücke suchen	1
583	EntlastspätIndivi		K33: Verständnis für Individualität von Menschen	Verstehen, dass Menschen verschieden sind und verschiedenes brauchen wird als positive Auswirkung erlebt	1

## 2.3 Themenbereich 3: Persönliche Reifung

Tabelle 29: Kategoriensystem Persönliche Reifung

Variablen- Nr.	Variablenkürzel	Variablennamen	Ausprägung	Definition	Anz. Antw
100		Reifung		Angaben zu positiven Aspekten und Veränderungen im eigenen Leben durch den Verlust des Kindes	82
110	ReifungSozBez	Reifung Soziales/ Beziehungen		Angaben zum Thema Reifung, die den Aspekt Veränderungen in den sozialen Beziehungen des Interviewpartners beinhalten	31
111	ReifungPartnersch		K1: Partnerschaft	Veränderung der Partnerschaft durch gemeinsames Durchleben der Krise im Sinne von mehr Tiefe u. Tragfähigkeit, Überwinden einer vorbestehenden Krise.	14
112	ReifungFreundsSch		K2: Freundschaften	Positive Veränderung von Freundschaften im Sinne von mehr Tiefe und Tragfähigkeit, Differenzierung der Freundschaften, Entstehen von neuen Freundschaften	7
113	ReifungKinder		K3: Wertschätzung von Kindern	Bewusstsein, dass es nicht selbstverständlich ist, gesunde Kinder zu bekommen, Wertschätzung der gesunden eigenen Kinder, Freude an Kindern überhaupt.	6
114	ReifungFamilie		K4: Familie	Erleben von Zusammenhalt in der leiblichen Familie durch den Tode des Kindes	2
115	ReifungProf		K5: Professionelle Unterstützung	Gefühl von Dankbarkeit für professionelle Unterstützung während der Spitalzeit und danach, mehr Vertrauen in Medizin	2
120	Reifung Werte		Reifung persönliche Werte	Aspekte von Reifung, die eine Veränderung der persönlichen Werte, bzw. eine Anpassung der konkreten Lebensgestaltung an die Werte beinhalten	30
121	ReifungEmpathie		K1: Empathie	Bewusstsein für Bedeutung von Empathie und Mitgefühl für Menschen in ähnlichen und allgemein schwierigen Lebenssituationen	8



Tabelle 29: Kategoriensystem Persönliche Reifung

122	ReifungPrioritäten		K2: Prioritäten	Erkennen der Prioritäten und wichtigen Werte für das eigene Leben und entsprechende Änderung der Lebensgestaltung (Beziehung, Familie, Beruf)	7
123	ReifungWertschätzen		K3: Wertschätzung Le-ben	Gefühl, das Leben mehr wertzuschätzen und weniger selbstverständlich zu nehmen	7
124	ReifungGelassenh		K4: Gelassenheit	Grössere Gelassenheit dem Leben gegenüber, Relati-vität des eigenen Einflusses auf das Leben	4
125	ReifungToleranz		K5: Toleranz in Bezie-hungen	Verständnis für die Andersartigkeit von anderen, z.B. dafür, dass Menschen auch überfordert sein können mit einer schwierigen Lebenssituationen von anderen	3
126	ReifungIndividual		K6: Respekt vor Indivi-dualität	Respekt und Achtung vor der Individualität und Eigen-ständigkeit des einzelnen	1
130	ReifungSelbst		Reifung Selbst-Bewusstheit	<b>Aspekte von Reifung, die eine Veränderung im Umgang mit sich selbst und im Selbsterleben bein-halten</b>	12
131	ReifungSelbst		K1: Selbstbewusstheit	Bewussterer Umgang mit sich selbst (Grenzen), bes-seres Bewusstsein für sich selbst, weniger Orientie-rung nach den Erwartungen der anderen	5
132	ReifungKraft		K2: Erleben der eigenen Kraft	Spüren und Erleben der eigenen Kraft und Stärke durch die Bewältigung der belastenden Situation	4
134	ReifungDankbSS		K3: Muttergefühle durch Schwangerschaft	Gefühl von Dankbarkeit, sich durch Schwangerschaft als Mutter erfahren zu haben	2
133	ReifungChance		K4: Chance	Tod des Kindes eröffnet neue Möglichkeiten im Leben	1
140	ReifungSpiritua-lität/Tod		Reifung Spirituali-tät/Tod	<b>Aspekte von Reifung, die eine Veränderung im spi-rituellen und religiösen Erleben betreffen</b>	9
141	ReifungGlaube		K1: Glauben	Stärkung des Glaubens	6
142	ReifungSpirituali-tät		K2: Spiritualität	Veränderung des Glaubens in Richtung einer offene-ren Spiritualität (z.B. verborgene Zusammenhänge er-ahnen)	2
143	Reifung Tod/Leiden		K3: Auseinanderset-zung mit dem Tod	Persönliche Auseinandersetzung mit dem Tod sowie mit Leiden, auch innerhalb von der Familie	1

## 2.4 Themenbereich 4: Paarbeziehung

Tabelle 30: Kategoriensystem Paarbeziehung

Varia- len-Nr.	Variablenkürzel	Variablennamen	Ausprägung	Definition	Anz. Antw
1		Paarbeziehung Unterstützendes			124
101	PaUnterstützung		K1: Unterstützung durch den Partner	Partner wird durch sein Verhalten (Beschützen, Ver- ständnis, Dasein, Nähe, Wertschätzung, Information) als unterstützend erlebt. Auch Unterstützung geben oder gegenseitige Unterstützung	34
102	PaVerständnis		K2: Verständnis für den Partner	Verständnis für das Erleben und die Situation des Partners, sich einfühlen können	21
103	PaNähe		K3: Nähe zum Partner	Intensive emotionale Nähe zum Partner, Gefühl von Verbundenheit	19
104	PaStärkung		K4: Stärkung der Part- nerschaft	Partnerschaft wird durch das Erlebnis gestärkt, Paar fühlt sich mehr verbunden durch das gemeinsam Durchgestandene, auch als Antwort auf die Sinnfrage formuliert	16
105	PaAustausch		K5: Austausch zwi- schen den Partner	Austausch mit dem Partner über das innere Erleben	12
106	PaEthikMeinung		K6: Gleiche Meinung bezüglich lebens- verlängernden Massnahmen	Übereinstimmende Meinung mit dem Partner bezüg- lich ethischer Entscheidung, lebensverlängernden Massn.	8
107	PaToleranz		K7: Toleranz für die un- terschiedliche Ver- arbeitungsweise des Partners	Toleranz gegenüber dem Partner in Bezug auf den Umgang mit dem Verlust und Verständnis für seine Art zu trauern	7

Tabelle 30: Kategoriensystem Paarbeziehung  
(Fortsetzung 1)

108	PaZukunft		K8: Schmieden von Zukunftsplänen, neue Ziele ins Auge fassen	Schmieden von gemeinsamen Zukunftsplänen (Heirat, Reise, nächstes Kind etc.)	4
109	PaSelbstverständlichkeit		K9: Selbstverständlichkeit	Bewusstsein des Vaters, dass Partnerin hätte sterben können, ihr Leben nicht selbstverständlich ist	2
110	PaVorbild		K10: Partner als Vorbild	Partner dient als Vorbild für die Verarbeitung (aktiveres Angehen, offen darüber sprechen)	1
		<b>Paarbeziehung Belastendes/ Konfliktreiches</b>			<b>47</b>
201	PaKonflikt		K11: Konflikte in der Partnerschaft	Konflikte in der Partnerschaft (unterschiedlichen Umgang mit der Situation, aber auch andere)	12
202	PaSorge		K2: Sorge um den Partner	Sorge um den Partner (körperlich, seelisch) bis zum intensiven Mitleiden	7
203	PaPaar		K3: Angst um Paarbeziehung	Angst, dass Paarbeziehung zerbricht, Partner einem verlässt, auch für den Partner geäußert	5
204	PaSchuld		K4: Schuldgefühle	Schuld-, bzw. Verantwortungsgefühl gegenüber dem Partner (z.B. wegen Infertilität)	4
205	PaOhnmacht		K5: Ohnmachtsgefühle	Gefühl von Ohnmacht, dem Partner nicht helfen zu können	3
206	PaKrisenvorher		K6: Vorbestehende Krise in der Paarbeziehung	Krise, die schon vor der SS bestanden hat in der Paarbeziehung	3
207	PaTrösten		K7: Trösten des Partners als Belastung	Trösten des Partners wird als belastend erlebt, wühlt eigene Gefühle nochmals auf	3
208	PaSchulduzuweisung		K8: Schulduzuweisung	Schulduzuweisung vom oder an den Partner (z.B. nicht genug früh zum Arzt gegangen zu sein)	3

Tabelle 30: Kategoriensystem Paarbeziehung  
(Fortsetzung 2)

Variablen-Nr.	Variablenkürzel	Variablenname	Ausprägung	Definition	Anz. Antw
209	PaSchonung		K9: Schonung des Partners	Schonung des Partners, ihn nicht noch zusätzlich belasten wollen (z.B. Gefühle zurückhalten)	2
210	PaDistanz		K10: Distanz zu Partner	Emotionale Distanz zum Partner, jeder muss für sich sein	1
211	PaSexualität		K11: Veränderungen in der Sexualität	Verlust der Kindes verändert die sexuelle Beziehung zwischen den Partnern (z.B. mehr angstbehaftet)	1
212	PaZurückgeworfen		K12: Zurückgeworfen sein auf Partnerschaft	Situation wirft einem auf sich selbst und auf die Partnerschaft zurück	1
213	PaInfertilität		K13: Belastung durch Infertilität	Partnerschaft belastet durch Infertilität des einen Partners	1
<b>3</b>		<b>Paarbeziehung Anderes</b>			<b>38</b>
301	PaReifung		K1: Reifung d. Partners	Angaben über Reifungsaspekte des Partners	13
302	PaVerarbeitung		K2: Unterschiedliche Verarbeitung	Unterschiedliche Verarbeitung der Partner, (z.B. Väter verarbeiten mehr für sich), nicht wertend gemeint	10
303	PaRollen		K3: Rollenverhalten, -erwartungen	Aussagen zu geschlechtsspezifischem Rollenverhalten, bzw. Rollenerwartungen	6
304	PaRolleVater		K4: Rolle des Vater	Aussagen zum Erleben als Vater, z.B. mehr aussenstehend zu sein (von Müttern oder Vätern geäussert)	4
305	PaWenig-Austausch		K5: Wenig Austausch mit dem Partner	Wenig Austausch mit dem Partner, nicht wertend gemeint	1
306	PaVerarbeitungähn		K6: Ähnliche Verarbeitung des Partners	Verarbeitungsmodus des Partners wird als ähnlich erlebt wie der eigene	1
307	PaKinderwunsch		K7: Unterschiedlicher Kinderwunsch	Partner haben unterschiedlich starken Kinderwunsch	1
308	PaAutonomie		K8: Autonomie als Paar	Wunsch, den Verlust als Paar autonom von der eigenen Familie verarbeiten zu können	1